



I spennet mellom fag og drift...

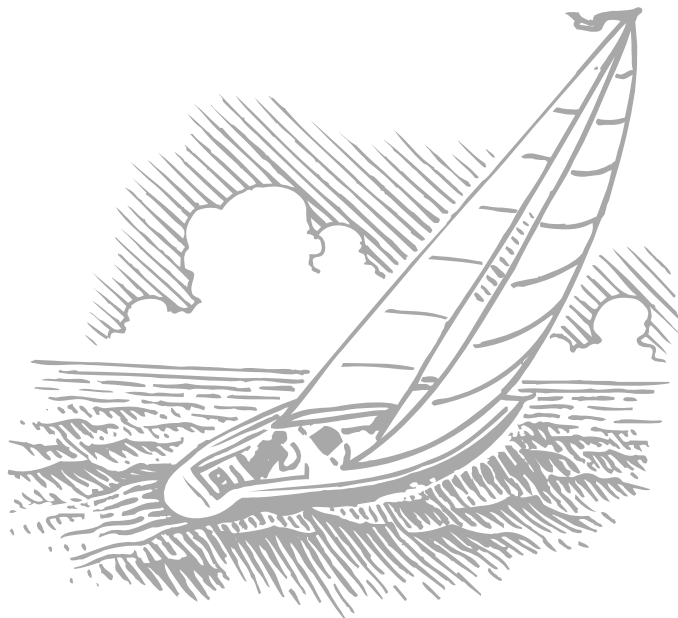
*Ledelse i lys av dagens
helselovgivning og
foretaksmodell,
- hvordan og på hvilken måte
opplever sykepleieledere på
akuttavdelinger at
helsereformens fokus på
økonomi og administrasjon
innvirker i utøvelsen av
ledelse?*

Berit Reppesgård

INNHold

FORORD	s.	6
1 INNLEDNING	s.	7
1.1 Presentasjon av problemstilling	s.	8
1.2 Bakgrunn og status for ledelse i lys av dagens helselovgivning	s.	9
1.3 ”Pasienten først”, Steineutvalgets innstilling 1997	s.	10
1.4 Helsereformen,- fra fylkeskommunal styring til foretaksmodell	s.	12
1.5 Ny lovgivning, for helsepersonell og pasienter	s.	13
2 TEORETISK RAMMEVERK	s.	16
2.1 Innledning	s.	16
2.2 Nye ledelsesformer i en ny tid	s.	18
2.2.1 Selvstyring	s.	19
2.2.2 Strategisk ledelse	s.	20
2.2.3 Verdibasert ledelse	s.	21
2.2.4 Kommunikativ ledelse	s.	23
2.2.5 Sammenstilling av styringsmodeller som utgangspunkt for diskurs og begrunnelse for valgt teori.	s.	26
2.3 Sykepleiefaglig ledelse	s.	30
2.4 Ledelse på akuttavdelinger, hva danner særpreget?	s.	32
2.5 Rammefaktors betydning for utøving av ledelse	s.	35
2.6 Belysning av problemstilling på bakgrunn av teori	s.	38
3 METODE- OG DESIGNBESKRIVELSE	s.	41
3.1 Design	s.	42
3.2 Undersøkelsesfelt	s.	44
3.3 Kvalitative intervju og fortellinger	s.	45
3.4 Analyse av data	s.	46
3.5 Validitet og reliabilitet	s.	46
3.6 Ethiske refleksjoner	s.	48
4 EMPIRI	s.	50
4.1 8 sykepleieleders fortellinger	s.	51
4.2 Funn	s.	51
4.2.1 Organisasjon og ledelse på respondentens arbeidsplass	s.	52
4.2.2 Ledelsesfilosofi	s.	55
4.2.3 Beskrivelse av nåværende arbeidsoppgaver	s.	59
4.2.4 Endringer i utøvelse av lederskap?	s.	63
4.2.5 Hvorfor er du leder? Herunder tanker om begrepet «makt»	s.	68
4.2.6 Respondentenes opplevelse av driftsansvar og fagledelse	s.	73
4.2.7 Egne visjoner	s.	75

5 ANALYSE OG DRØFTING AV FUNN	s.	80
5.1 Innledning	s.	80
5.2 Opplevelsen av driftsansvar og fagansvar	s.	82
5.3 Hvilken ledelsesfilosofi og hvilke verktøy brukes i utøvelse av lederskap?	s.	88
5.4 Sammenhengen mellom fag og drift, og lovverkets påvirkning	s.	90
 6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	s.	94
 Litteraturliste	s.	96
 Vedlegg:		
I Søknad om intervju	s.	100
II Informert samtykke	s.	101
III Intervjuguide	s.	102
IV Andre tema respondentene fant aktuelle i forhold til problemstilling	s.	103
V Taushetserklæring for transskribent	s.	104
IV Organisasjonskart nr.3 – 6	s.	105



*"Sjømannen ber ikke om medvind.
Han lærer seg å seile"*

G. Lindberg

Forord

Denne hovedfagsoppgaven kan sammenliknes med det velkjente lerret som det tok lang tid å bleke. Oppgaven ble påbegynt i 2000, men har blitt forsinket av hva man kan kalle indre og ytre forhold. De ”indre” henspeiler på personlige forhold som familieoppløsning og etter hvert etablering av nye familiestrukturer, samt alvorlig sykdom i familien. De ”ytre” representerer det faktum at det ble nødvendig å endre tema fullstendig midtveis i løpet, grunnet frafall av en faglig ekstern veileder. Dermed måtte jeg nullstille meg, og begynne helt på nytt.

På denne bakgrunn ønsker jeg å takke Teologisk Fakultet som har latt meg få anledning til å fullføre, tross mange ”skjær i sjøen”. Videre har kollegaer både fra min tid som lærer ved Høyskolen i Vestfold, avdeling helsefag, sykepleiere og ledere ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg, og i ”min” organisasjon NSFLIS, gitt meg verdifulle tilbakemeldinger som jeg er svært takknemlig for. I denne sammenheng er det viktig å trekke fram respondentene, som velvillig stilte seg til disposisjon for intervju i løpet av to hektiske måneder i begynnelsen av 2007. En helt nødvendig støttespiller har Hilde Herlofsen også vært, hun transskriberte intervjuene etter ikke alltid like gode lydopptak.

Min trofaste veileder gjennom seks år, professor Harald Askeland, nå rektor ved Diakonhjemmets høyskolesenter, fortjener en særskilt takk. Han har stått ”last og brast” med meg, og hele tiden kommet med konstruktive innspill og utvist en stor porsjon tålmodighet.

Sist, men ikke minst, fortjener mine tre døtre og min kjære mann en helt spesiell takk. Uten forståelse, tålmodighet og empatisk opptreden i hverdagslivet hadde denne oppgaven ikke sett dagens lys.

Sandefjord 1.mai 2007

1. Innledning

Etter at sykehusene i landet ble lagt om fra Statlig og Fylkeskommunal drift til Helseforetak, er det skjedd endringer mht økonomi og bemanning. Alle avdelinger har i økende grad merket nedskjæringer og krav om sparing. Lederens rolle i dette har blitt utsatt for sterkt press. Hva er innholdet i en leders arbeidsinstruks nå i forhold til tidligere? Hvilke ansvarsfordeling gjelder? Hvordan forholder lederen seg til det å ha ansvar for drift og samtidig stå til ansvar for det faglige innholdet på avdelingen? Hva har skjedd med sykepleiefaget etter omlegging fra todelt til enhetlig ledelse? Hva er effektivitet og kvalitet, hvordan måles det, og er det målbart? Har innføring av ny eierskapsstruktur og helselovgivningen fra tusenårsskiftet påvirket lederens arbeidssituasjon, og i tilfelle på hvilken måte?

Disse spørsmålene har vært framme både i debatter i det offentlige rom, i media og kanskje særlig mellom de ansatte på de respektive avdelinger. Om enn med ulik valør. Et eksempel i denne sammenheng er hva Einar Aadland kaller ”Verdiklemma i offentlig ledelse” (Kronikk i Dagbladet Kultur 23.01.2005)

For meg som intensivsykepleiere med 25 års erfaring som leder og ansatt, er agendaen i denne oppgaven å sette søkelys på om lederne klarer å leve opp til ledelseskrav som finnes i lovgivingen på dette felt. Og hvordan de forholder seg til forventningene om at de skal lede både driftsmessig og faglig. Hva slags ledere bør en akuttavdeling ha, og hva er innholdet på den eller deres stillinger.

Etter valget 2005 fikk vi et skifte fra borgerlig mindretallsregjering til sosialistisk flertallsregjering. Regjeringen varslet at de ønsker politikerne tilbake i styrerommene til de regionale helseforetakene (RHF). Videre er sammenslåing av helseforetak kommet på agendaen. Det aller siste grepet fra regjeringen Stoltenberg av 2005 var å slå sammen Helse Øst og Helse Sør, til en gigantisk helseregion Sør-Øst som har et befolkningsgrunnlag tilsvarende halve Norges befolkning. Effektene av denne organisasjonsendringen, er det for tidlig å si noe om. Hvordan organisasjonsstrukturen for landets sykehus vil bli i framtida, ser fortsatt ut til å være et åpent spørsmål. Hvilke konsekvenser dette vil få med hensyn til endret forvaltningspolitikk, ressursbruk, personalvern og oppbygging av kompetanse er vanskelig å si. Kanskje blir våre grunnleggende sykepleieverdier ytterligere brynet. Eller blir våre etiske grunnverdier sterkere fokusert? Hvilken form for ledelse som er det beste redskap i utøvelsen av lederskap på akuttavdelinger, vil jeg forsøke å belyse gjennom denne oppgaven.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Utgangspunktet for denne oppgaven var å se på om *endringene* i måten å organisere sykehus på, har blitt merkbare i arbeidshverdagen for sykepleieledere på akuttavdelinger, ledere som har vært i yrket i mer enn ti år. Aktuelle stikkord her er effektivisering, sparing og stadig knappere ressurser. Grunnen til at jeg har valgt å ta for meg denne problemstillingen, er et ønske om å vite, mer enn å ”synse”, om det medfører sannhet at innføring av foretaksmodellen i norske sykehus har endret eller svekket mulighetene til å lede eget fag. Min hypotese kan beskrives på denne måten:

Helsereformen og lovverket for helsesektoren, med spesielt fokus på spesialisthelsetjenesten, har bidratt til at sykepleieledere lever i et spenn mellom driftsansvar og fagansvar, der faget må vike på bekostning av driftsansvaret.

Å leve i et spenn, kan også bety å leve i et spenningsforhold. Har den nye bedriftstankegangen som kom inn i norske sykehus som et resultat av gjennomføring av ny helsereform, forsterket dette spennet, eller tilpasser sykepleielederne seg nye tider? Dette vil jeg komme tilbake til i drøfting og analyse av det empiriske materialet.

På denne bakgrunn ble oppgavens problemstilling som følger:

”I spennet mellom fag og drift...

*Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,
- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelinger at
helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?”*

I denne problemstillingen, ligger faktoren å arbeide i spenningen mellom drift og fag. Hva som veier tyngst på vektskåla, driftsmessige hensyn, eller faglige hensyn, håper jeg å få fram gjennom intervjuene. Er det mulig å få til balanse mellom disse to elementene, og derigjennom utøve en ledelse som tar ansvar for kvaliteten på sykepleien alvorlig? (NSF Faghefte 2005: 6ff) Eller har ikke den nye reformen og de mer spesifikke lovene som angår flere sider ved helsevesenet (Helseforetaksloven 2001, Spesialisthelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven, alle 1999) noen betydning for ledere på enhetsnivå i akuttavdelingene i dagens sykehus? Helsereformen av 2002 er en stor reform innen helsevesenet som ble innført på rekordtid (Opedal og Stigen, 2005:15).

Man kan undres hvorfor det hadde slik hast; var det politiske kjepphester som ble ridd, eller var det virkelig pasientenes behov, jamfør konklusjonene i "Pasienten først"? (NOU 1997:2) som lå til grunn. Behovet for endringer i organisasjon og styring av helsevesenet ble tydelig fra 1990 og utover. Anderslandutvalget leverte sin anbefaling "Ledelse i sykehus" høsten 1990, og i 1996 la Hellandsvikutvalget fram sin innstilling "Hvem skal eie sykehusene" (NOU.1996). Altså var en bevegelse som gikk på sykehusledelse- og organisering i gang. I kapittel 1.4 og 1.5 settes det fokus henholdsvis på hva helsereformen står for, samt hvilke lover som er aktuelle i denne sammenhengen.

1.2 Bakgrunn og status for ledelse i lys av dagens helselovgivning

For å kunne belyse dagens situasjon når det gjelder ledelsesutfordringer innenfor helseforetak, er det nødvendig å se på utgangspunktet og det som danner forhistorien for det dagsaktuelle.

På midten av 1990-tallet vokste det fram et behov for endringer i norsk helsevesen. Den medisinsk- faglige utviklingen, og samarbeidende fagområder, hadde hatt en rivende utvikling gjennom siste halvdel av forrige århundre. Nye teknologiske hjelpemidler, IT-løsninger og mer bruk av medisinskteknisk utstyr i pasientbehandling- og pleie, førte til et behov for ny organisering og styring i helsevesenet, så vel som andre samfunnsområder. Det ble nedsatt flere komiteer og utvalg, her kan eksempelvis nevnes et knippe med ulike innfallsvinkler: NOU 1996:5 "Hvem skal eie sykehusene?", rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet mars 1997; "Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene", Utredningsserie 2-98 fra Statens Helsetilsyn; "Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder" og Rapport 5/2001 fra arbeidsforskningsinstituttet; "Et nytt Helse-Norge?". I alle disse dokumentene finner vi en fellesnevner; nemlig spørsmålet om hvordan helsevesenet skal være i framtiden, hva slags organisering og innhold som skal være gjeldende. Det allikevel viktigste offentlige utredningsarbeidet innenfor helsevesenet på denne tiden, var Steineutvalgets utredning fra 1997. Dette arbeidet har lagt føringer som vi i dag i 2007 fortsatt forholder oss til. Derfor vil NOU 1997:2; "Pasienten først, om organisering og ledelse i sykehus", bli presentert som et grunnlagsdokument i denne oppgaven.

1.3 ”Pasienten først”, Steineutvalgets innstilling 1997

Steineutvalget innstilling, ”Pasienten Først”, omhandler grovt sett ett viktig anliggende: hvordan organisere og lede sykehus på best mulig måte i forhold til å dekke pasientens behov. Hele innstillingen innledes, naturlig nok, med de 10 punktene som er kjent som ”Pasienten først” sine bud, eller rettesnor om man vil. De er som følger:

- 1) Tilgjengelighet
- 2) Lydhørhet
- 3) Faglighet
- 4) Forsvarlighet
- 5) Ansvarlighet
- 6) Punktlighet
- 7) Åpenhet
- 8) Helhet
- 9) Vennlighet
- 10) Gjensidighet

Denne ti år gamle innstillingen har fått stor betydning for utviklingen av norske sykehus fram til i dag. Utgangspunktet var å framheve pasientenes behov; «Pasientenes behov er utgangspunktet for all behandling og pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester» (Steineutvalget, kap.1). Utvalget bruker mye tid på beskrive sykehusenes historie, hvordan disse er bygd opp og hva slags struktur og organisasjon som har vært gjeldene. Undertittelen på denne NOU 1997:2 er da også «Ledelse og organisering i sykehus». Det var et tydelig behov for forbedring av driften av norske sykehus, hvilket er beskrevet i utvalgets mandat. Sosial- og helsedepartementet hadde på forhånd framsatt retningslinjene for «Pasienten først», og utvalget tolket mandatet sitt slik at ledelses- og organisasjonsforhold er grunnleggende faktorer som må fungere for at intensjonen i «Pasienten først» skal kunne oppfylles (Steineutvalget kap.1) På side 58 i utvalgets rapport oppsummeres det følgende løsninger som skal sikre at pasienten behov ivaretas gjennom kompetente helsearbeidere:

«- de systemmessige, som bl.a. omhandler strukturelle løsninger, ansvars- og myndighetsfordeling, juridiske og ressursmessige forhold

- de **holdningsmessige**, som både omhandler den enkelte helsearbeiders holdninger og organisasjonskulturen i det enkelte sykehus.»

Altså viser denne innstillingen at det er et klart behov for en fungerende organisasjonsstruktur i sykehusvesenet i Norge. Samtidig framholder utvalget at organisasjonskartenes innhold består av mennesker, og at det er disse menneskenes holdninger som er avgjørende for å få til et godt fungerende sykehusvesen der pasientenes behov blir dekket i følge intensjonen i «Pasienten først».

Dette tosodige forholdet, som er en del av enhver organisasjon der mennesker er en del av den definerte virksomheten (det vil i vesentlig del si alle organisasjoner innen helse- og sosialvesenet, samt utdanningsinstitusjonene våre), kan også beskrives som *strukturdel* og *filosofidel* av en virksomhet. Det er også en innfallsvinkel i min problemformulering, i *spennet mellom drift og fag*, der et perspektiv kan være å knytte drift mot struktur, og fag mot filosofi, jfr. kapittel 5.1 for utdypning. Det vil videre i kapittel 5 diskuteres *sammenhengen* mellom drift og fag.

Etter at utvalget hadde avgitt sin innstilling, kom vedtaket om enhetlig ledelse på sykehus (Lov om spesialisthelsetjenesten 1999). Dette innebærer at hver avdeling; enhet, seksjon eller divisjon, skal ha en ansvarlig leder. Tidligere hadde ledelsen vært todelt; en avdelingsoverlege hadde det medisinske faglige ansvaret, en oversykepleier hadde det sykepleiefaglige ansvaret. Oversykepleierfunksjonen ble satt i stab til avdelingslederen, mer som en rådgivende funksjon. Denne omleggingen foregikk selvfølgelig ikke uten protester fra sykepleiernes side, de fryktet at de miste ledelse av eget fag. Steineutvalget gikk inn for denne organiseringen, men med en sterk anbefaling om at det skulle dannes lederteam rundt hver avdelingsleder. Utvalget fastsetter heller ikke at avdelingslederen skal være en lege. Praksis viser at det i de fleste tilfellene er det tilfelle. Dette førte også til het debatt i mediene. Den norske Lægeforening gjorde i juni 2002 angående "avdelingsledelse i spesialisthelsetjenesten" (her i betydningen enhet, klinikk, ikke avdeling sykehuspost-nivå) et vedtak som vakte debatt. Konklusjonen var som følger: «ledere av medisinske spesialavdelinger skal være leger». Dette fikk både daværende helseminister Dagfinn Høybråten og andre, blant annet lederen i Norsk sykepleierforbund, Bente Slaatten til å karakterisere denne uttalelsen som uakseptabel. Dette er en illustrasjon på hvilke reaksjoner en reform og lovendring kan medføre. Det endte også

med at legeföreningen måtte komme med en nyansert uttalelse i august samme år. Dermed kunne det som så ut til å bli en ny profesjonskamp, avblåst. (Sykepleien, Aftenposten, dagens medisin, Bergensavisen). Med henvisning nettopp til «Pasienten først!» (NOU 1997:2) uttaler NSF's forbundleder seg slik:

«Pasientene fortjener at den beste lederen blir satt til å lede i helsevesenet. Og ledelse handler ikke om profesjon. Ledelse er evnen til å tenke og handle enhetlig, motivere og inspirere, sette pasientens behov i sentrum og få til tverrfaglig samarbeid ut i fra dette, målstyring og strategiske valg...» (NSF's nettside «NSF mener» 08.08.2002)

Steineutvalgets innstilling ble altså det førende dokumentet for senere lovgivning for virksomhet innen spesialisthelsetjenesten. Hvordan lovverket står i forhold til ulike, moderne ledelsesfilosofier, behandles videre i oppgaven.

1.4 Helsereformen, - fra fylkeskommunal styring til foretaksmodell

Fra 1969 og fram til 2002 hadde vi en ansvarsfordeling når det gjaldt sykehusvesenet mellom Stortinget og de folkevalgte i landets 19 fylkesting. (Sykehusloven av 1969, Ot.prp.nr.66). De lokale politikerne knyttet til hvert fylke, sto mer i "nærkontakt" med sykehuset innefor eget fylke enn hva tilfelle har blitt etter at denne reformen kom. (Opedal & Stigen 2005:28 ff). De folkevalgte lokalt var representert i sykehusstyrene, men etter reformens inntreden, var det ikke naturlig med fylkesvalgte politikere i dette forum. Diskusjonen om hvordan sykehus og helsevesen skulle organiseres kjenner vi fra 1990 tallet og utover, flere statlige dokumenter (NOU 1996:5, NOU 1997:2, S-Hdir rundskriv mars 1997 m.fl) samt artikler og bøker om emnet så dagens lys. I tillegg gikk debattene i media med ulike innfallsvinkler. Det var satt fokus på at helsetjenestene i Norge var ulike, og dermed ikke rettferdig når det gjaldt tilbud til pasientene. I tillegg ble det en stadig økende kritikk av ressursforvaltningen, og manglende styring og organisasjonsstruktur. Men praksisen var allikevel at når underskuddet var et faktum, fra år til år, søkte fylkeskommunen om økte bidrag fra staten for å dekke kostnadene. Vi var mange som trodde at den nye reformen med en felles eier, staten, skulle gi både pasienter og ansatte mer rettferdig forhold og bedre tilbud. Ventelistene skulle reduseres og arbeidsbyrdene fordeles. Kapasiteten skulle utnyttes bedre, og lite ble sagt om reduksjon av tilbud og nedleggelse av lokale helsetilbud som fødeavdelinger og akuttfunksjoner.

1.5 Ny lovgivning, for helsepersonell og pasienter

Endringer i organisasjons- og styringsforhold vil i et demokratisk samfunn medføre nytt og tilpasset lovverk. På slutten av 1990-tallet ble det utarbeidet tre lovforslag som var direkte knyttet til virksomheten innen sykehusvesenet. (i tillegg kom et lovforslag utarbeidet for kommunehelsetjenesten). Disse lovene var Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m, Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) og Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (Lovdata.no, 1999-07-02-61, 1999-07-02-64. 1999-07-02-63). Alle disse lovene trådte i kraft 01.01.2001. Etter at helseforetakene ble innført ved reform, kom Lov om helseforetak m.m.(Lovdata.no, 2001-06-15-93). Denne trådte i kraft 01.01.2002. Dermed var en stor omveltning innen styring av helsevesenet i Norge, (i denne oppgaven er fokus rettet mot spesialisthelsetjenesten) gjennomført.

Hva betyr så denne reformen med tilhørende fornyet lovverk for pasientbehandling generelt og utøvelse av lederskap spesielt? Ser vi på Lov om spesialisthelsetjenesten tar den for seg hvilke oppgaver de regionale helseforetakene har ansvar for i forhold til det statlige overordnede ansvar. (kapittel 2 i loven). Den går også ganske detaljert til verks i forhold til praktisk organisering av sykehus. Her finner vi igjen mange formuleringer fra NOU.1997:2, blant annet hvis vi ser på § 3-9. ledelse i sykehus, der det heter:

”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.

Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”

I Steineutvalget (NOU 1997:2 kap.2.2 s.14) finner vi denne formuleringen om ledelse:

”Utvalget står samlet i sitt syn på at ledelse av sykehusavdelinger skal være basert på enhetlig og udelt ledelse. Det vil si at en person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset.”

Videre stiller utvalget på side 15 i samme kapittel krav til reell lederkompetanse. De lister opp tre kriterier:

- *Personlige egenskaper og egnethet*
- *Relevant ledererfaring*
- *Formell ledelseskompetanse*

Steineutvalget var delt når det gjaldt vektlegging av medisinskfaglig kompetanse. Seks av tolv utvalgsmedlemmer mente at relevant medisinskfaglig kompetanse må vurderes av toppledelsen i hvert enkelt tilfelle. De seks resterende mente at det bør legges stor vekt på medisinskfaglig kompetanse. Kaster vi et blikk tilbake på lovteksten, ser vi der hvordan denne uenigheten ble løst.

Helsepersonelloven gir tydelige krav om hvordan helsepersonell skal utøve sitt arbeid. Her møter vi begrepet «forsvarlighet» i § 4. (Kapittel 2, side 2) Første setning i denne paragrafen lyder:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Begrepet ”faglig forsvarlighet” blir ikke utdypet nærmere i denne oppgaven. Begrunnelsen for dette, er at det er et vidt omfattende begrep, som ville kreve en oppgave med større omfang. Jeg har altså valgt å begrense og ”spisse” oppgaven ved å utelate å gå i dybden på hvordan faglig forsvarlighet kan være en faktor i utøvelse av ledelse på akuttavdelinger.

Videre beskrives det også i denne loven hvordan virksomhetene skal organiseres, autorisasjonregler for helsepersonell, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt med videre. Et eget kapittel til slutt i loven omhandler reaksjoner ved lovbrudd. I § 16 henspiles det spesielt på helseforetakets krav om tilrettelegging for egne arbeidstakere, slik at de på best mulig måte kan ivareta pasientene. Dette vil tas nærmere opp i kapittel 4; Empiri, samt i drøfting og analysedelen av oppgaven.

Vi skal ikke mer enn én generasjon tilbake før vi finner at legene hadde stor autoritet i kraft av å være embedsmenn på linje med lensmann og prest. Pasientrettigheter var et fremmedord i denne sammenheng. Men med utviklingen av rettigheter i helsevesenet og samfunnet ellers, og med stadig sterkere søkelys på feilbehandlinger, forsikringsordninger og erstatningsansvar, fikk også pasientene et eget ombud (Pasientrettighetsloven kapittel 8, side 12ff). Pasientombudet skulle bistå i forbindelse med for eksempel feilbehandling eller informasjonssvikt. Pasientrettighetsloven skal sikre at pasientenes rett til behandling, informasjon og samtykke ivaretas. Pasientene har også rett til innsyn i egen journal, samt rett til å klage. Barn som trenger behandling har fått sitt eget kapittel i denne loven (kapittel 6), og

det var nødvendig på bakgrunn av saker som dukket opp i media i forhold til graverende behandling av barn på helseinstitusjoner tidligere.

Rent praktisk vil innføringen av dette lovverket si at helseforetakenes styreverker fikk et nytt verktøy for å organisere sykehusdriften slik at pasientenes behov skulle bli ivarettatt på best mulig måte. Lov om spesialisthelsetjenesten har også et eget kapittel om finansiering (kapittel 5) som skulle legge grunnlaget for den økonomiske driften slik at det ble bedre økonomisk forvaltning av de ressursene man fikk tildelt gjennom rammeoverføringer fra staten.

Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven var også viktig for å regulere drift, ansvar og kompetanse i utøvelse av helsehjelp. «Rett person på rett sted» (Stubberud 1999) ble et viktig slagord for å sikre pasientene den behandling de har krav på i forhold til sin sykdomssituasjon.

I tillegg til disse lovene som her er beskrevet, er det nødvendig å trekke fram andre lover og bestemmelser som også har innvirkning på medisinsk behandling i sykehus. Det første er arbeidsmiljøloven, som helsepersonell, og leger spesielt, er mest kjent for i sammenheng med «fritak fra». Videre har Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) en rekke forskrifter som omhandler brannrutiner- og sikkerhet og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Dette er spesielt viktig på akuttavdelinger som er høyspesialiserte enheter på sykehus både hva gjelder teknisk apparatur og fagkompetanse, og kombinasjonen av disse.

Lover og forskrifter kan i denne sammenheng karakteriseres som en del av den *strukturelle* rammen i en sykehusorganisasjon, der virksomheten bygger på for utøvelse av helsetjenester. Den *filosofiske* faktoren i denne sammenheng kommer til syne når vi tolker, anvender og fremmer moralske og etiske verdier begrunnet i lovverket.

Som en oppsummering av dette kan vi si at de nye helselovene og ny helsereformen med innføring av Regionale helseforetak som skulle administreres og organiseres etter bedriftsøkonomisk modell, var en stor omveltning av landets helsevesen. Behovet for endringer var godt dokumentert gjennom hele 1990-tallet. Spørsmålet er hva dette styringsgrepet fra myndighetens side betyr for pasienter og ansatte. Er velferdsstatens verdier brakt videre i forbedret utgave, eller er det en annen måte å ha fastere statlig kontroll på denne tunge og viktige sektoren som helsevesenet representerer? Dette vil diskuteres nærmere i kapittel 5.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Innledning

Gjennom hovedfagsstudiet og gjennom egen yrkeserfaring, både som leder og ansatt, har jeg blitt presentert og utsatt for ulike former for ledelse. Gårsdagens gode ledelse vil nødvendigvis ikke fungerer i dag. Fra forrige århundre kjenner vi en teknisk hverdag der samlebandsprinsippet var et begrep i industrien, slik at hver ansatt på "raskest måte" og med "maksimal yteevne" kunne tjene Staten og være til fellesskapets beste (Taylor 1911, norsk utgave 2005:21 og Weber 1971:6ff). En av våre norske sykepleieforskere og sykepleiefilosof, Kari Martinsen, har nettopp tatt for seg den innstillingen til arbeidet som Weber kalte "den kapitalistiske arbeiderorganisasjon", der flid og nøysomhet var grunnprinsipper. Hun har sammenholdt dette med sykepleiertradisjonens kallsbegrep, der kallet ble en forpliktelse til å utføre samvittighetsfullt arbeid. "Den kapitalistiske ånd uttrykker den borgerlige kallsetikk" (Kari Martinsen 2000:91-92)

Også innenfor sykepleiefaget var det strengt systematiske en kjent ordning av sykepleietjenesten, i form av rundesykepleie. (Holter 1990:260) Med dette menes at en sykepleier hadde ansvar for en oppgave, i tur og orden. For eksempel startet en av de ansatte med å måle temperatur på alle pasientene på avdelingen om morgenen, mens noen andre stelte, andre igjen serverte frokost til alle pasienter og så videre. Dette var en oversiktlig måte og jobbe på, og krevde dermed en enklere ledelsesstruktur med klart definerte oppgaver for ansatte og avdelingssøster. Om dette var den beste form for ivaretagelse, behandling og pleie er noe det ble reist spørsmål ved. På 1980-tallet kom derfor en ny organisering på banen, primärsykepleie. Nå tok den enkelte sykepleier hånd om alt som hadde med pasienten å gjøre. (Holter 1990:264) Denne modellen har igjen blitt utviklet til pasientansvarlig sykepleie. Endring i arbeidsformer krever også endring i ledelse. Fremdeles finner vi hierarkiske systemer i dagens helseforetak, men lederfunksjonene er i tillegg mer preget av team- og relasjonsarbeid enn tidligere. (Jakobsen 2005:120ff)

En av aktørene innen utvikling av ledelse som fag, er Erik Oddvar Eriksen. Han har tatt for seg styring av offentlige organisasjoner, og gjort "dypdykk" i sykehuset som organisasjon, bl.a. gjennom studier ved det tidligere RiTø, Regionssykehuset i Tromsø (nå Universitetssykehuset i Nord- Norge, UNN). Eriksen hevder i sin bok "Kommunikativ

ledelse” (2000-utgaven), det samme som flere aktører i helsedebatten har tatt til ordet for, nemlig at det moderne, sammensatte og kompliserte samfunn skal løse stadig større oppgaver som griper inn i enkeltindivids liv. Dermed er en politisk enighet så å si umulig. Man må finne minste felles norm. Dette gjenspeiles i tankegangen om forvaltning av offentlig sektor. Den viktigste oppgaven blir å søke måloppnåelse med minst mulig ressurser. Byråkratiets sendrekthet skulle nå erstattes av en ny offensiv forvaltningsform, en ny offentlig styring, også kalt New Public Management (NPM). (Vike 2004:43) Hva risikerer vi går tapt på veien? Jo, individets og organisasjonenes evne til langsiktig tenking, ferdighet til å tilpasse seg omgivelsenes behov og være i stand til å forvalte egne og organisasjonens ressurser i et langsiktig perspektiv. (Vike 2004:168, Nakrem 2004: artikkel om moderniseringens fallgruver). Har vi som arbeider og styrer den komplekse verdenen som et sykehus er, glemt hvordan vi kan bruke moralske og etiske standarder, i tillegg til tekniske og instrumentelle driftsprinsipper, i løsning av en oppgave eller for å nå vedtatte? (Fløistad 2004, artikkel om verdibasert ledelse) Kan vi fortsatt forstå en sosial kontekst, tilpasse oss den og dermed benytte oss av alle elementer for å finne fleksible løsninger inne forsvarlige rammer for å gi optimal behandling og pleie? Behovet for en ny måte å forvalte helsevesenet på, ble tydelige gjennom siste del av forrige århundre (Opedal og Stigen 2005:202 ff). Spørsmålet er om nye ledelsesformer i virkeligheten er hva Halvard Vike kaller «Hierarki i ny tapning». Med dette mener han at når hierarkiet endrer form, fra pyramidestruktur til flatere strukturer, ledelsen blir desentralisert med vekt på team og coaching, er dette bare en imaginær forandring. Hierarkiet er der, men i en mindre synlig utgave. Vike peker dog på noen tydelige tendenser:

- ✓ Antall regler og prosedyrer øker, i sammenheng med ekspansjon av rettighetslovgivning, kvalitetskontroll og rapportering.
- ✓ Avstanden mellom ledere og ansatte øker, særlig i enheter som slås sammen, for eksempel som ved utvikling av regionale helseforetak.
- ✓ Hierarkiet forsterkes langs nye dimensjoner, som ved at økonomiske verdier kommer foran substansiell behovsprøving. Eksempel på dette er at inntektsgivende medisinske inngrep blir en større faktor i prioriteringsarbeidet når det gjelder helsekøer.
- ✓ ”Moderniserte” organisasjoner tenderer til å bli mer autoritære, ved at lederes makt styrkes på bekostning av underordnede og fagorganisasjoner, og ved at lederne i større grad orienterer seg oppover i systemet.
- ✓ Hierarkiprosessen som monopoliserer makt, blir forsøkt modifisert og erstattet av strategier for å øke motivasjon, skape lagånd og kartlegge medarbeidertilfredshet.

- ✓ Hierarkiet flytter inn i mennesker ved at de ansatte bruker mer tid på å begrunne sin eksistens. Dette gjøres ved at ansatte på alle nivå skaper nye grenser rundt seg selv og sitt arbeid, og at de forvalter seg selv på nye måter.
- ✓ Endringene i forholdet mellom makt og ansvar (velferdsstaten var tidligere preget av et nært forhold mellom de nasjonale politiske elitene og den lokale virkelighet i velferds kommunene) innebærer en mer eller mindre skjult *sentralisering*. (Vike 2004:210ff).

Vikes ”Ny tapningsteori” blir nærmere diskutert i kapittel 5.

Neste kapittel forsøker å beskrive nye ledelsesformer som er aktualisert i forbindelse med styring og ledelse i helsevesenet.

2.2 Nye ledelsesformer i en ny tid

Hva som defineres som ”en ny tid”, vil være avhengig av hvilken kontekst man befinner seg i. Når det i denne oppgaven er tatt utgangspunkt i ledelse på somatiske sykehus, nærmere bestemt i en høyt spesialisert del av helsetjenesten, er det vanskelig å komme utenom hvilke grunnverdier denne helsetjenesten er fundert på. Fra etterkrigstiden befant Norge seg i en rimelig rolig periode hva angår samfunnsstruktur. Velferdsstaten var på frammarsj, uten nevneverdige store politiske drakamper om styring og verdisyn. Vårt demokratiske samfunn hvilte på etiske og moralske prinsipper som var godt forankret i den norske folkesjel. Sammen med en rasjonell tankegang, at den menneskelige fornuft er i stand til å løse samfunnsmessige spørsmål, var også sykehusvesenet et symbol på trygghet og rettferdighet. Den syke visste at samfunnet ville ivareta vedkommende dersom det trengtes. Det å være borger, inneha et statsborgerskap, ga automatiske rettigheter av både sosial og juridisk art.

Utover på 1970-tallet kom andre momenter inn i debatten om hvordan velferdsstaten skulle styres. Det var tid for modernisering av det bestående, nye tekniske landevinninger, behandlingsmåter og ikke minst kravet til effektivitet ble mer og mer framtrædende. Dermed oppstod to fronter, som Eriksen kaller ”tradisjonister” og ”modernister” (Eriksen 2000:21). De først nevnte var bærere av det etablerte samfunn, bygget på velferdsstatens prinsipper og tradisjoner. Modernistene mente at økonomiske konsekvensberegninger måtte ligge til grunn for samfunnsstrukturen, prising av varer og tjenester, og dermed evne til inntjening skulle føre til en mer effektiv ressursutnyttelse av hele den offentlige sektor. Dette blir naturlig nok et brudd med tradisjonell oppfatning av samfunnsstyring og beslutningstaking, og med borgernes rettigheter og forpliktelser. Solidaritetsprinsippet viker for individuell

behovsdekning. Denne nye formen for offentlig forvaltning kalles gjerne "New Public Management" og er direkte importert fra privat sektor. Problemet med dette er i følge Eriksen:

"Det truer også det moralske fundament for velferdsstaten. Den normative forpliktelse og solidaritet som velferdsstaten bygger på, undergraves av reformer som forutsetter at borgerne handler egoistisk." (Eriksen 2000:21)

Behovet for en modernisering av offentlig sektor, herunder helsevesenet og somatiske sykehus, er legitimt nok. Spørsmålet blir om hva man skal forsake og hva som skal tas med i nye styringsformer. Både Selznick og Weber har gitt uttrykk for bekymring for at vesentlige verdier går tapt i omlegging til moderne styringsprinsipper og reformer (Selznick 1997:26ff). Vel er vi blitt mer effektive, men også mer materialistiske. Er det moderne menneske blitt et *"fagmenneske uten ånd og et nytelsesmenneske uten hjerte"*? (Weber 1920/1973:113 hos Eriksen 2000:24)

Dette spørsmålet griper rett inn i sykepleiens grunnverdier, det holistiske menneskesyn som beskriver mennesket som en helhet med fysiske, psykiske, sjelelige og åndelige behov.

Fra 1980-tallet og fram til vår tid, har det vært en stor utvikling når det gjelder ledelse som eget fag. Et mylder av ulike teorier er kommet på arenaen, i takt med samfunnsutviklingen generelt, og nærings- og helsepolitiske endringer gjennom de siste 20 år spesielt. Jeg vil i det følgende gi en kort skisse av framtreende ledelsesteorier knyttet spesielt til helsevesenet. Videre vil jeg se på kritikken av disse, for så å trekke fram den teorien jeg mener egner seg best i det sammensatte verden som helsevesenet er.

2.2.1 Selvstyring

Sykehuset kan betegnes som en «pluralistisk organisasjon» (Eriksen 2000:124). Det hierarkiske system med en rådende overlege på toppen, har skapt ulike varianter av selvstyring nedover i organisasjonen. Selv om sykehusene har ytre sett, hatt en enhetlig struktur, har det vært store varianter «under kappen». Dette har vært mulig fordi sykehuset er sammensatt av en mengde ulike faginteresser- og oppgaver. Derfor har det vært, og er fortsatt mulig med et konglomerat av ulike drifts- og organisasjonsformer, tilpasset lokale behov. Så lenge sykehusene ikke hadde en felles overordnet eier, men var styrt på fylkeskommunalt nivå, var dette mulig uten spesiell overordnet styring fra myndighetenes side. Så lenge hver

enhet holdt seg innenfor faglige og økonomisk akseptable rammer, ble det ikke gjort «inngripen» fra høyere hold. På den måten fungerte sykehus og avdelinger ulikt og også i stor grad uavhengig av hverandre. Den helhetlige tankegangen var rett og slett ikke nødvendig, fordi man utførte oppgavene innenfor sitt område tilfredsstillende. Felles ansvar og solidaritet var dermed ikke aktuelle faktorer å ta stilling til i hverdagen.

2.2.2 Strategisk ledelse

Helse- og sosialsektoren er den samfunnssektor som de siste årene har sterkest vekst målt i BNP (bruttonasjonalprodukt), bare i 2005 utgjorde kostnadene i spesialisthelsetjenesten 10 % av BNP. (Nasjonal helseplan 2007- 2010) Fordi både krav og muligheter innenfor dette området har økt i takt med medisinsk faglig utvikling og forskning, samt befolkningenes generelle økte bevissthet om samfunnsrettigheter, har det blitt tvingende nødvendig med en sterkere statlig styring av ressursene (Helse Øst, langsiktig utviklingsplan 2005:5). Behovet for en endret organisasjonsform har blitt satt på agendaen, og impulser fra næringslivets effektivitetssystem bidro til å finne andre, og forhåpentligvis bedre løsninger. Helsereformen ble innført uten langvarig og grundig debatt, det hastet med å få helsevesenet over i et nytt spor. (Opedal og Stigen 2005:15ff)

Utfordringene i dagens helsevesen står fortsatt i kø, i likhet med pasienter på ventelister og korridorpasienter som tross ulike tiltak fra myndighetene, fortsatt er høyst tilstedeværende. (Fritt sykehusvalgs nettside).

Hvordan da utøve ledelse i en så kompleks verden som en sykehusorganisasjon representerer? Sykehuset, eller Helseforetaket er, i likhet med andre offentlige forvaltningsorganisasjoner som skoler, sosialomsorg og rettsvesen, et sted der mange mennesker skal samhandle for å nå definerte mål. Begreper fra privat sektor har svømt inn i den offentlige forvaltning, så som brukere, kunder, konsumenter, produksjon og resultat. Målstyring har vært et anerkjent verktøy fra myndighetens side. Den nye administrasjonsformen har tatt utgangspunkt i delegering av ansvar innen gitte rammer, men med tydelige krav om mål og resultatoppnåelse. På den måten kunne man evaluere resultatene etter en gitt periode, for eksempel ett regnskapsår. I en produksjonsbedrift, der man produserer varer, er dette ikke spesielt vanskelig. Gitt at man har kloke ledere som styrer produksjon og investeringer etter etterspørsel fra markedet. Innen sykehusvesenet byr dette på andre utfordringer, noe vi skal komme tilbake til senere.

2.2.3 Verdibasert ledelse

I de siste årene har det i diskursen om offentlig forvaltning og styring, dukket om nye begreper som angår ledelse. Foruten kommunikativ ledelse, som denne oppgaven tar utgangspunkt i teoretisk, har andre også søkt etter alternative modeller til New Public Management og mikroøkonomiske prinsipper for styring. Et av de begrepene som har fått gjennomslagskraft er *verdibasert ledelse*. Man kan spørre seg om det går an å lede uten at man har verdier i bunnen for sin lederutøvelse. Problemet er at disse verdiene vil være individuelle, og ikke alltid kongruente med organisasjonens uttrykte verdier (dersom de finnes). Verdier vil også være knyttet til ulike nivå, for eksempel rasjonelle, etiske og moralske dimensjoner. Begrepet verdibasert ledelse oppsto i spenningen mellom det vi kan kalle økonomiske verdier og sosiale interesser i en organisasjon. Vi finner de første beskrivelser av verdibasert ledelse i USA på 1990-tallet, der det ble utkrystallisert i to retninger. Den ene har utspring i Harvard-miljøet som vektla "the Moral Manager", lederens eget, personlige etiske ansvar. Den andre retningen stammer fra Chicago-miljøet som retter fokuset på markedsmekanismene; "the Moral Market". (Aadland 2004:147) Disse ideene spredde seg raskt over Atlanteren, til handelshøyskolene i København og Århus, der de ble formulert som "*ledelse med holdning og verdier*". De danske talsmenn for denne retningen innen ledelsesteori hevder at det må være en prosess blant deltakerne i en organisasjon der dialog og kommunikasjon om verdier står sentralt. Dette er grunnleggende for å kalle det *verdibasert ledelse*, og korresponderer godt med Eriksens utlegging om deliberasjon som element i kommunikativ ledelse.

Einar Aadland har i sin bok "Den truverdige leiaren" kommet fram til en definisjon av verdibasert ledelse:

"Verdibasert leiing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskete verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskete verdier." (Aadland 2005,s.157)

Sykepleie er et fag som i stor grad bygger på verdier som nestekjærighet og omsorg. Grunnverdiene i faget har sitt utspring i kristen etikk. Her kan vi trekke fram «*Den gyldne regel*» som normativ: «*Alt hva du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem*» (Matt. 7.12). Variasjoner over samme tema finner vi i alle de store verdensreligionene, i Konfusianismen og sågar hos Human-Etisk forbund.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hviler på disse verdiene, og ble første gang godkjent av Norsk Sykepleierforbunds landsstyre i 1983. I forord til revidert utgave av 2001 heter det om behovet for revidering:

”Vi har fått nye helselover, nye organisasjonsstrukturer og nye etiske problemstillinger og dilemmaer som følge av den medisinske og teknologiske utviklingen” (NSF 2001).

Sykepleiefaget, sammen med alle andre helseprofesjoners yrkesutøvelse befinner seg i en ny kontekst i forhold til tidligere tider. Etter at den markeds-ideologiske tankegang er blitt rådene gjennom ny helsereform og nytt lovverk (Opedal og Stigen, Vike) har grunnverdiene nærmest blitt «konkurransesatt». I artikkelen «Verdibasert ledelse: kultur, etikk og kommunikasjon» framhever forfatteren og professoren i idèhistorie; Guttorm Fløistad, viktigheten av å balansere nyttefaktoren i en virksomhet med den menneskelige faktor. Han sier innledningsvis:

«Ledelse er en kunstart. Kunsten består i å forene de to kulturer som enhver organisasjon og institusjon består av, den målrettede virksomheten og virksomhetens psykososiale og kulturelle basis». (Fløistad 2004)

Dette spenningsforholdet ligger også til grunn for den opprinnelige undring som denne oppgaven bygger på, nemlig *driften* som representerer den målrettede virksomheten, det noen vil kalle produksjonen på et sykehus, og *faget*, som i denne sammenheng omhandler hele sykepleiefagets aspekter, fra det naturvitenskapelige perspektiv til det etiske. Utfordringene for oss helsearbeidere som befinner oss i denne nye konteksten, der virksomheten blir sett på som produksjonsenhet, er å bevare fagets grunnverdier, samtidig som vi utøver behandling og pleie innenfor rammene vi er tildelt, til pasientens beste. For å mestre dette, er et av verktøyene evne til kommunikasjon og samhandling. Fløistad oppsummerer og avslutter sin artikkel med følgende utsagn:

«Bak alle store organisasjons- og aktivitetsformer ligger et bærende element, samtalen. (..) Dessverre er retorisk trening og historisk og kulturell dannelsen en sjelden vare i vår lederopplæring. Store ledere snur opp ned på våre tankeganger. Der andre begynner en bedriftsreisning med ensidig vekt på produkter og tjenester, markedsrelasjoner og kapital, begynner disse med å skape sterke fellesskapsformer...» (Fløistad 2004)

Dette fører oss direkte videre til en annen ledelsesfilosofi som har fått betydning de siste årene. Neste kapittel handler om å lede organisasjoner gjennom kommunikasjon og samhandling, en teamfokusert modell der deltakelse og argumentasjon er bærende elementer.

2.2.4 Kommunikativ ledelse

I en human virksomhet, som skole og sykehus, er det andre forutsetninger enn kvantitative produktivitetsresultat som ligger til grunn for en vellykket drift. Den største utfordringen vil være at ikke alle aktiviteter er direkte målbare. Hvordan måle effekten av en pasientsamtale? Hvordan vise at de ekstra minuttene for å skape trygghet før pasienten skal sove bidrar til redusert bruk av sovetabletter og beroligende midler?

På makroskopisk nivå er ressursforvaltning sterkt sammenknyttet med inntjeningssevne. Hvilke diagnoser generer flest DRG-poeng som igjen gir Helseforetaket økte inntekter. Hvilke operasjoner gir dermed flere penger i kassen? Dersom hjerte- og hofteoperasjoner er mest innbringende, er det ikke da fristende for helseforetaket å løpe fra sitt ansvar som en behandlende instans for hele befolkningen, med alle de plager og sykdommer som eksisterer. I framveksten av private sykehus, er faren at de med mest midler får den helsetjenesten de ønsker, mens andre som ikke har annet alternativ enn å befinne seg i den offentlige helsekøen, ikke har andre muligheter enn å vente tur.

Det er ikke til å undres over at både pasienter og ansatte reagerer på denne måten å styre og forvalte offentlig sektor. Sykehuset er kjent for sin hierarkiske struktur tradisjonelt sett, som bidrar til regelstyring og prosedyrerelatert oppgaveløsning. Det har sine klare ulemper, i forhold til lite påvirkningsmuligheter for medarbeiderne. Samtidig er det et forutsigbart system. Noen hadde nok forventning til en endring av dette når nye helsereformer ble introdusert. Mer likhet for alle, bedre helsetjenester med økt konkurranse, bedre økonomisk styring og utnyttelse av ressursene.

I nye ledelsesteorier, kom en ny modell om teambasert oppgaveløsning og flat struktur parallelt med innføring av reformer i helsevesenet. Paradokset delegert makt og myndighet versus krav til kostnadsreduksjon og effektivitet, berører de elementene man ikke kan komme utenom i en organisasjon der behandling av mennesker står sentralt. Nemlig verdier som etikk og moral. Eriksen benevner dette som ulike handlingsnormer (Eriksen 2000:27) For det første er det ting som skal gjøres, *den pragmatiske dimensjon*. Oppgaver som krever empirisk kunnskap og logikk, samt tekniske hjelpemidler. Dette krever kun at man kjenner til

organisasjonens rasjonalitet og prosedyrer. For det andre må de praktiske gjøremål ledsages av verdier. *Den etiske dimensjon* bestemmer hvilke handlingsvalg vi tar, og blir ofte gjenstand for debatt. Det er ikke bare midlene som avgjør hvorvidt en behandling og pleie har vært god for pasienten, men like mye hvilke verdier som ligger til grunn. Det er dette som kan omtales som *sterke vurderinger*, som skiller seg fra svake ved at de har vært gjenstand for en verdipolitisk diskurs. Den er en bevissthet om at vi befinner oss i en verden der samfunnets moral, etikk og kultur preger oss. Når vi drøfter adferd og virkemidler i denne konteksten, kan det benevnes som *kliniske spørsmål*. (Eriksen refererer her til C.Taylor og J.Habermas, Eriksen 2000: 27ff)

Dette fører oss videre til det tredje aspektet, nemlig den moralske dimensjonen. Denne dimensjonen blir aktuell i diskusjonen som angår interessekonflikter og ulike verdier. Det som hjelper oss videre til en avgjørelse om hva som er beste handlingsalternativ i en gitt situasjon, er altså vår moralske bevissthet.

I en travel hverdag, der effektivitetskravet er stort, kan det virke som en ønskedrøm å praktisere beslutninger på denne måten gjennom et slikt diskursprinsipp. Habermas har formulert dette prinsippet på følgende måte:

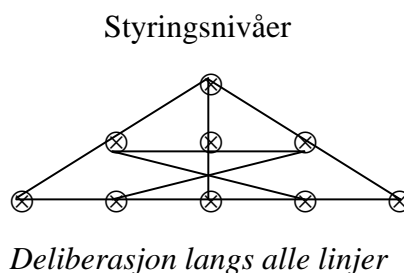
”Bare de handlingsnormer som alle potensielle berørte personer kan slutte opp om i en fri debatt er gyldige.” (Habermas 1996:107)

Nå er ikke verden konstruert slik at sykehus drives bare på grunnlag av regler og prosedyrer, uten innflytelse og medbestemmelse av de berørte parter. I Helseforetak har dette vært synliggjort gjennom foretaksstyrenes sammensetning av eierrepresentanter, forvaltningsansvarlige, ansattes representanter og pasientrettighetstalsmenn. Når delegert myndighet ble innført fra forvaltning fra offentlig myndigheter gjennom fylkeskommunen, til det enkelte helseforetak, ble beslutningsarenaene også mer lukket i styrerommene. En vesentlig forskjell fra tidligere styringsmodell på fylkeskommunalt nivå, var at politikerne som representerte den bevilgende og lovgivende myndighet, ble fjernet fra det faktiske styreorgan. Men ny regjering høsten 2005, har politikerne blitt gjeninnsett i beslutningsorganet i helseforetakene fra nyåret 2006.

Dermed er også debatten om forvaltningen av helsetjenestene fått mulighet til igjen å bli gjenstand for offentlig og fri debatt.

Hvordan da løse problemet med å lede i et så kronglete og urent farvann som helsevesenet og spesialisthelsetjenesten representerer? Eriksen søker å løse dette gjennom *deliberasjon*, - en gjensidig overveielsesprosess der beslutninger tas etter veloverveid argumentasjon der alle har hatt lik rett til å ytre sin mening. I en verden med ulike profesjoner, som har evnen til å ytre behov på "standens vegne", er man avhengig av samhandling for at oppgavene skal bli løst. Det finnes på landets sykehus et konglomerat av ulike samhandlingsmodeller, ut i fra forskjellige teammodeller, prosjekter, ad-hocgrupper, koordineringsorganiseringer med mer der hensikten er å få til et mest mulig strømlinjeformet pasienttilbud der også de ansattes arbeidsliv skal ivaretas. Det er ulik grad av hvor vellykket disse samhandlingsmodellene er. Ofte har de brutt sammen grunnet sterk artikulering av de ulike grupper særinteresser. Deliberasjon, som er et grunnleggende element i kommunikativ ledelse vil sammen med tverrfaglig samarbeid og medbestemmelse være en ny bidragsyter i spørsmålet om hensiktsmessig ledelse innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg har på bakgrunn av Eriksens teori, laget følgende modell:

Figur 1:



Modellen forsøker å vise hva Eriksen uttrykker:

"Denne samhandlingsmodellen kan ikke erstatte den overordnede politiske styring og hierarkiske kontroll, men kan komme til anvendelse innenfor og mellom delsystemer der det trengs koordinering mellom forskjellige faginstanser og institusjonstilhørigheter." (Eriksen s.64)

2.2.5 Sammenstilling av styringsmodeller som utgangspunkt for diskurs og begrunnelse for valgt teori.

Som beskrevet foran, har sykehuset som organisasjon utviklet seg over tid, og i takt (eller utakt?) med samfunnsutviklingen. Mange faktorer har bidratt til dette. En bedret samfunnsøkonomi, særlig etter at Norge ble en oljenasjon. Utbygging av helseinstitusjoner og utvikling av spesialiserte medisinsk behandling. Et stadig bedre utdanningsnivå, obligatorisk grunnutdanning til videregående (gymnas), som bidro til at flere valgte høyskole og universitetsutdanning. Muligheten for økonomisk støtteordninger og lån under utdanning borget for denne utviklingen. Men et velferdssamfunn utvikler også over tid «velferdssykdommer». Den såkalte «medaljens bakside», der økt levestandard bidrar til sykdommer forårsaket av et overdrevent levesett, så som hjerte-og karsykdommer, sukkersyke overvekt, muskel-og skjelettsykdommer samt rusproblematikk. Totalt sett har dette bidratt til et reelt behov for større aktiviteter innen helsevesenet. Men man kan også spørre seg om velferdsstatens utvikling har førte til kunstig eller skapte behov for helsetjenester.

Sykehusverdenen framstår i dag som mangfoldig og tildels uoversiktlig. Siden Steineutvalget kom med sin innstilling i 1997, har mange former for organisasjon og ledelse vært utprøvet. I Steineutvalgets innstilling mente man at hvert sykehus burde finne sin egen organisasjonsform. «Sykehuseierne bør gjennomføre tiltak som gjør at det enkelte sykehus innenfor tildelte budsjettammer selv kan bestemme organisasjons- og stillingsstruktur» (NOU 1997:2 kap. 8.7, s 75). Om dette var et godt råd, kan diskuteres. Særlig når vi vet at vellykket ledelse og organisering ikke bare kan knyttes til gode organisasjonskart og oppgavefordeling, men også henger sammen med lederes personlige egenskaper, egnethet og lederkompetanse. (kilde).

I denne mangfoldige jungel av ledelsesfilosofier og ledelsesmodeller, har jeg i denne oppgaven funnet det hensiktsmessig å se på beskrivelsen av ulike ledelsesmodeller som Eriksen har gjort. Han har kategorisert de ulike ledelsesmodellene jeg har gitt en skisse av foran, i tre hovedtyper.(Eriksen 2000:157ff). Disse er som følger:

- **Hierarkimodellen**
- **Profesjonsmodellen**
- **Verkstedsmodellen**

Hierarkimodellen er den gamle, velkjente trauste, men også rigide organisasjonsform. Vi kan kalle den en etterkrigsmodell, der sykehusene var enklere i arbeidsform og oppgaveløsning, og overlegene innehadde både den faglige og styringsmessige autoritet. Hierarkimodellen har sin styrke i den velorganiserte, oversiktlige og forutsigbare måten å løse oppgaver på. Reglene er faste og nedfelte, kjent av alle. Enhver i organisasjonen kjenner sin plass, effektiviteten er dermed et resultat av denne organisasjonsformen. Ulempene er den lite fleksible organisasjon, som er fastlåst i forhold til endringer, og lite tilpasningsdyktig nye samfunnsstrukturer, utfordringer og behov. Som en stor solid skute det er vanskelig å snu. Medlemmene i denne organisasjonen handler ut i fra vedtatte regler, demokratiprosessene er nærmest fraværende. De ansatte er organisasjonens eiendom, som kan forvaltes etter hvor det gjør mest og best nytte for seg.

Denne organisasjonsmodellen fikk konkurranse av *profesjonsmodellen*, etter hvert som de ulike fagspesialitetene økte sin kompetanse gjennom formaliserte utdanningsprogrammer og organisasjonsutvikling. Et godt eksempel her er profesjonskampen mellom hjelpepleierforbundet (helse-og sosialarbeiderforbundet), sykepleierforbundet og legeforeningen. Det handlet om hvem som skulle gjøre hva, legene ble utfordret av sykepleiere med stadig større kunnskaper og ferdigheter som var truende for legenes domene, mens sykepleierne i sin tur ikke ville gi slipp på omsorgsansvaret for pasientene ved å bli administrative fagpersoner uten nærkontakt med pasienter og pårørende. I profesjonsmodellen finner vi fortsatt en form for orden og regler som i hierarkimodellen, men den medisinskfaglige «overherredømme» med overlegen på toppen av pyramiden, blir nedtonet til fordel for en organisasjonsstruktur som er mer alliansepreget. Man må forhandle og kjøpslå, og leve med kompromisser. Samtidig er dette en «divisjonert organisasjonsmodell» (Eriksen 2000:167). Makt og beslutningsmyndighet flyttes ned til de ulike avdelinger, klinikker eller enheter i sykehuset. Disse blir til en viss grad selvstyrte, og styres etter en rasjonell beslutningsprosess knyttet til den virkelighet de befinner seg i. I en slik organisasjon, der profesjonene målsettinger styrer mye av hverdagen, blir lederoppgaven å få til enighet gjennom å tilby representasjon fra de ulike gruppene i ulike råd og utvalg. På den måten kan

alle føle at deres meninger blir hørt, og «krig» mellom gruppene er dermed forebygget. Denne modellen kjenner vi godt fra 1980- og 90-tallet, da fagorganisasjonene vokste og solidaritetstanken var sterkt på banen. Ansattes rettigheter ble også tydeligere i lovverket.

Den siste modellen, *verkstedsmodellen*, har framstått i takt med organisasjonenes stadig mer komplekse sammensetning, de ulike faggruppene har vokst i antall og utbredelse. Rundt pasienten er det nå ikke bare en lege og en sykepleier, men radiografer, fysioterapeuter, bioingeniører, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer (samt en rekke til). Foruten disse er det støttefunksjonærer som kontormedarbeidere, rengjøringspersonale, teknisk personell, dataingeniører, logistikkmedarbeidere med flere. Alle disse skal samhandle for å yte best mulig behandling og pleie til pasient og pårørende. I tillegg bør de ulike enheter samhandle etter krav om mest mulig rasjonell drift. Beslutningsmyndighet og økonomiansvar er i tillegg desentralisert, hver enhet er ansvarlig for egen drift, ikke bare medisinsk- faglig, men også når det gjelder ressursforvaltning. Alle ledere i dagens sykehus har et økt ansvarsområde enn det som var gjeldende for bare et tiår siden. Kravene til å kunne snakke sammen, utføre og løse oppgaver gjennom dialog og argumentasjon, fordrer en annen type lederkompetanse enn den rent faglige

Eriksen betegner sykehusorganisasjonen i denne sammenhengen som en organisasjon med «arkeologisk struktur», det vil si at det har utviklet seg og bygger på disse tre modellene. Hierarkimodellen kom først, og ligger i bunnen med hensyn til rammeverk og struktur. Profesjonsmodellen kom som en naturlig følge av økt fagutvikling og fagspesialisering, mens verkstedsmodellen har utviklet seg som et resultat av behovet for å takle den sammensatte virkeligheten et moderne sykehus i dag representerer.

De tre ulike modellene viser Eriksen skjematisk på følgende måte (Eriksen 2000:178)

Figur 2:

<i>Modellindikator</i>	<i>Hierarkimodell</i>	<i>Profesjonsmodell</i>	<i>Verkstedsmodell</i>
Ledelse	Autokrati	Faggruppelederskap	Kommunikativ ledelse
Rutiner	Standardprosedyrer	Uformelle spilleregler	Kritisk evaluering
Oppgave- og ansvarsfordeling	Formell instruks	Gruppenes domène	Tverrfaglig koordinering
Beslutningsgrunnlag	Formelle regler/konsekvensvurdering	Strategisk vurdering	Helhetlig vurderinger
Beslutningsmåte	Regelføring/instruksjon	Koalisjoner/kompromiss	Argumentativ

Å rendyrke en modell, er vanskelig i den praktiske hverdagen. På et sykehus er ikke oppgavene alltid forutsigbare, nye pasienter kommer stadig, de inneliggende pasientene responderer ulikt på behandlingen de får. Noen får komplikasjoner i behandlingsforløpet, som krever rask handling. På akuttavdelingene er dette særlig uttalt, man vet aldri hva som venter en når man kommer på jobb, ei heller hvordan den enkelte vakt vil forløpe. Men visse rammer må ligge i bunnen for å sikre pasientenes behov for kompetent behandling og pleie. Bemanningen må være tilstrekkelig, de ansatte må inneha nok kompetanse til å løse arbeidsoppgavene, medisinsk behandling og pleie må begrunnes i forskning og vedtatte standarder, og logistikken må fungere. Derfor er det en riktig beskrivelse å definere organisasjonsstrukturen på sykehus som «arkeologisk». Den hierarkiske modell la grunnsteinene for det vi kjenner som moderne sykehus i dag. Det må finnes regler og rutiner for at pasientbehandlingen skal fungere. Videre vil det alltid finnes innslag av profesjonsledelse. For å få gjennomslag for god behandling, trengs det kompromisser. Fordi sykehuset består av mange sidestilte aktiviteter som skal fungere i en enhet, vil man se det som populært kan kalles «hestehandel» mellom de ulike faggruppene. Steineutvalget nevner at gjennom økt spesialisering, arbeidsdeling og ansvarsfordeling, ble behovet for samordning og koordinering sterkere. Dette bidro, i følge utvalget til en stadig mer profesjonell ledelse, uavhengig av helseprofesjonene, men med innføring av en divisjonert struktur. (NOU 1997:2, Kap.4.1.5:26-27 og kap.6.1.1:42).

Dermed kan det virke som om det Steineutvalget kaller en «profesjonell ledelse» hos Eriksen betegnes som en ledelse styret etter kompromisser, fordi faggruppenes særinteresser sto sterkt

i forhold til helhetlig tenkning. Kanskje var det dette Steineutvalget ønsket, en ledelse basert på deliberasjonsprinsippet, altså at alle aktørene kommer fram til konsensus og måloppnåelse gjennom overbevisende argumentasjon, i en prosess der man kommuniserer seg fram til enighet. Men for ti år siden var ikke ledelsesbegrepet så godt utviklet som i dag, innholdet var ikke utprøvet på samme måte som det vi nå kjenner gjennom forskning og akademisk forankring. Derfor inneholder Eriksen beskrivelse av ulike ledelsesmodeller ikke bare en arkeologisk framstilling, men også en utviklingshistorie for sykehusvesenet i Norge fra etterkrigstiden og fram til i dag. Etter min oppfatning og erfaring, vil det være mest hensiktsmessig å bruke en kommunikativ eller verkstedsbasert ledelsesmodell på dagens sykehus. Men man må være seg bevisst den betydning tidligere ledelsesmodeller har hatt, for å forstå hvorfor det er fornuftig å ha en ledelse som baserer seg på kommunikativ samhandling. Dette vil jeg utdype nærmere i drøfting av funn.

2.3 Sykepleiefaglig ledelse, forskjellig fra annen ledelse?

Jeg har tidligere beskrevet nye former for ledelse som oppsto i helsevesenet på 1990-tallet. New Public Management, eller Ny Offentlig Styring, ble samlebegrepet for annen ledelsesfilosofi også innen helsevesenet. Tankegods fra det private næringsliv ble etter hvert innført og tatt i bruk i den daglige sykehusterminologien (Opedal og Stigen 2005:Innledning). Grunnen til at dette er interessant i denne oppgaven, er at sykepleieledere tradisjonelt bærer med seg en annen filosofi for ledelse, og er faglig sett oppvokst i en annen kultur (Holter 1995:88, Berge, Mathiesen og Skogstad 2002, artikkel i Sykepleien nr.13/2002, Jakobsen 2005:76ff). Derfor kan man teoretisk tenke seg at denne "kulturkollisjonen" kan føre til frustrasjoner for både sykepleieledere og sykepleiere. Denne faggruppen skiller seg fra andre helsearbeidere, for eksempel leger, ved at fagets grunnverdier tradisjonelt har vært tuftet på nestekjærlighet, omsorg og etikk (Martinsen 2000:10, Gulbrandsen og Stubberud 2005:32, Vike 2005:66). Om dette vil påvirke utøvelsen av lederskap søker jeg svar på gjennom det respondentene har uttrykt i sine fortellinger.

Er ledelse av sykepleiefaget en egen form for ledelse? Sykepleiefaget har alltid hatt ledere, den første vi kjenner er Florence Nightingale. Men det var først fra 1990-tallet at ledelse på sykehus generelt og ledelse av sykepleiefaget spesielt ble "stuerent" tema (Holter 1995:14). Etter at debatten om ledelse og organisering av sykehus startet på 1980-tallet, og på et vis kulminerte med støyen rundt ny organisasjonsplan på Regionssykehuset i Tromsø først på

1990-tallet, har behovet for ledelse som eget fag, også på sykehus, naturlig presset seg fram. Uroen i Tromsø gikk ut på en overgang fra todelt til enhetlig ledelse, altså at den tidligere strukturen der legene ledet den medisinske- faglige delen, og sykepleielederne ledet den sykepleiefaglige, ble endret til enhetlig ledelse på avdelingsnivå. Sjefs-og oversykepleiere ble plassert i stab, ikke i linje. Steineutvalget slutter seg til denne modellen i sin utredning fra 1997 (NOU.1997:2), dog med presiseringer om hvordan ledelse skal være, både organisatorisk og innholdsmessig.

Men noen få unntak (se kapittel 4) er innstillingen fra Steineutvalget med enhetlig ledelse innført på landets sykehus. Men sykepleierne har kanskje blitt mer bevisst på eget fag i denne prosessen. Rammeplanen for grunnutdanningen for sykepleiere inneholder fortsatt målsetting om at studentene skal inneha handlingskompetanse innen ledelse ved endt utdanning (Jakobsen 2005:14), allikevel er behovet for økt kompetanse innen dette området av sykepleiefaget noe som engasjerer sykepleiere både i praksisfeltet og i organisasjonen (NSF). Og de fleste vil nok slutte seg til at det er nødvendig med fagkunnskap ”i bunn” for å lede et så komplisert og sammensatt fag som sykepleie har utviklet seg til. Allerede midt på 1990-tallet sa Holter noe om dette:

”Sykepleieledere har et todelt lederansvar. De har ansvaret for den totale driften av enheten de har ansvar for, og de har ansvar for kvaliteten på sykepleien” (Holter 1995,s13)

Sykepleie er et fag med lange tradisjoner, men først fra 1970-årene og oppover har det blitt plassert inn i en akademisk ramme. Siden faget har lang tradisjon av med å være et praktisk fag, med kunnskapsformidling etter ”mester-svenn” metoden, altså i stor grad muntlig og ved praktisk læring, er det ikke så underlig at ledelse innen faget har vært et område som først i det siste tiår har blitt aktualisert.

Norsk Sykepleierforbund startet i 2005 et arbeid som ble kalt ”God på fag og ledelse” (NSF faghefte 2005). Mye av årsaken til dette var en tydeliggjøring av eget fag i en verden med stadig oppstyking av fagområder, og dermed konkurranse fra andre faggrupper om å få sin ”bit av kaka”. Eksempel på dette er røntgensykepleiere, som nå heter radiografer, psykiatriske sykepleiere utdannes ikke lengre, i stedet har vi tverrfaglige psykiske helsearbeidere. Fra utlandet har vi fått diskusjonen om jordmødre trenger å ha sykepleie som grunnlag. I tillegg til denne tilspissingen hva faget angår, er presset i helsevesenet stort, knapphet på ressurser fører til behov for ledelse og styring innen eget fagområde. Jfr. Profesjonsledelse.

Avdelingssykepleiere, de som leder en enhet på sykehus, har måttet ta inn over seg den nye styringsformen innen helsevesenet. Da Helsereformen ble innført i 2002, ble det også et sterkere fokus på det som vi kjenner av ledelsesform fra næringslivet. Termer som ”produksjon”, ”resultatmål” og ”kunde” kom på agendaen, fokuset på økonomi og økonomisk styring ble atskillig sterkere. (Jakobsen 2005:12, Opedal og Stigen 2005:210ff, Vike 2004:95). Sykehuset gikk fra å være en tjenesteytende institusjon til en produksjonsfabrikk. Spørsmålet mange ansatte kanskje fortsatt ikke har fått svar på, er hva som skal produseres. Dersom forbedret helse er målsettingen, blir løsningen å få plassert de pasientene som ikke har mulighet til å oppnå dette til kommunehelsetjenesten. Og hva med personalet? Dersom disse betraktes som ressurser eller ”egenkapital”, vil slitasje på personalet føre til svekket ”egenkapital” for helseforetaket (Vike 2004:201)

Den nye styringsformen ser ut til å ha kommet for å bli. Utfordringen for sykepleieledere på alle nivå innen sykehuset, er å gi den innhold som passer til pasientenes behov for helsehjelp, og samtidig ta vare på kvaliteten i den arven som sykepleiere har med seg. Endringer vil som regel møte motstand. ”Vi vet hva vi har, men ikke hva vi får” heter det i et gammelt ordtak.

Dersom man skal lykkes med dette, krever det at sykepleielederen er proaktiv og ikke reaktiv. (Jakobsen 2005:153) Med den menes at sykepleielederen selv er aktiv i forhold til endringer, ser at de kommer og handler i forhold til dette. Den reaktive lederen vil ikke være forberedt, men må løse problemene der og da etter ”brannsløkkingsmetoden”. Da er det lett å skyldte på manglede ressurser, og uforutsette hendelser.

Det er innlysende at det stilles andre krav til sykepleieledere i dag enn bare for ti år siden. Endringer skjer raskere, noen vil hevde at det er endringsmønsteret som er det normale. Derfor må sykepleielederen ikke bare ”kunne sitt fag”, men også ha kompetanse innen ledelse og styring. Rita Jakobsen oppsummerer dette på følgende måte:

”Det er sykepleieren som leder som til daglig må forholde seg til og forvalte de tilgjengelige ressursene i tjenesten på en slik måte at målene nås. Det er sykepleieren som må ta medansvar for at de arbeidsredskapene som utvikles og benyttes, er egnet til å nå målene. Dette må gjøres i en pleiekultur som har lange tradisjoner på rutiner og systemer, og som ikke alltid er like opplagt for

endringer. Sykepleietjenesten trenger synlige og engasjerte ledere som kan faget sitt, og som har mot til å tenke nytt". (Jakobsen, 2005:165)

2.4 Ledelse på akuttavdelinger, hva danner særpreget?

Etter at vi har fått et tydeligere lovverk på hvordan helsetjenesten i Norge skal drives (Lov om spesialisthelsetjenesten), skulle man kunne tro at behandlingen av akutt og kritisk syke skjedde innefor vedtatte standarder. Dette stemmer nok dersom vi tenker på hva slags medisinsk behandling pasientene får. Ingen lege vil kunne gi annen behandling enn det som er faglig standard, uten å risikere straffeforføyning av dette (helsepersonelloven). Men ser vi på de fysiske forholdene, hvordan akuttavdelinger er organisert og bemannet, er variasjonene i landet store. Dette kan forklares ut ifra flere forhold, Norge er et landstrakt land, der de geografiske forhold med ulikt befolkningsgrunnlag, har vært medbestemmende når det gjelder størrelse og utforming av akuttavdelinger, og ikke minst samhandlingen mellom disse. Videre har ulike fagkulturer satt sitt preg på organisering og innhold. Det bør også nevnes at økonomien i stadig sterkere grad er bestemmende for hvordan akuttavdelinger skal organiseres og driftes. Derfor finner for eksempel vi at et akuttmottak eller en intensivavdeling i hovedstaden ikke er det samme som en akuttavdeling eller intensivavdeling i Bodø. Vi ser dette også ut ifra navnebetegnelser. Det finnes akuttmottak i samdrift med AMK-sentral, noen har tilsluttet en spesialenhet for traumehåndtering. Av intensivavdelinger har vi kirurgiske og medisinske, eller en kombinasjon av dette. Noen har postoperative avdelinger innsluttet i driften, andre separate. Vi har spesialiserte intensivavdelinger for hjertepasienter, lungepasienter, nevrokirurgiske pasienter og for barn. Flere eksempler kunne vært nevnt. Å lage standarder for dette konglomerat av ulike type avdelinger, som alle skal ta seg av den akutt og kritisk syke pasient, er derfor ikke lett. Norsk Anestesiologisk forening har laget en Standard for intensivmedisin, som brukes som rettesnor for akuttavdelinger i dag. Her har man gradert akutt- og overvåkingsavdelinger på tre nivå, med fallende alvorlighetsgrad:

Definisjon av intensivavsnitt:

Et intensivavsnitt er en sykehusenhet som skal kunne behandle pasienter med svikt i flere vitale organfunksjoner.

Definisjon av overvåkningsavsnitt:

Sykehusenhet innrettet på behandling av kritisk syke pasienter med svikt i ett organsystem, men som ikke kan behandle svikt i flere vitale organfunksjoner.

Definisjon av intermedieravsnitt:

Sykehusenhet eller senger hvor det er samlet ekstra ressurser for overvåkning/behandling av alvorlig syke pasienter. (NAF 2002, kapittel 2)

I denne oppgaven har jeg samlet materiale fra ledere som har sitt virke innen for alle de tre nevnte avdelingskategoriene, i tillegg til ledere fra akuttmottak. Grunnen til at den siste gruppen er tatt med, er at de organisatorisk ofte er plassert under samme ledelse, for eksempel klinikk for anestesi- og intensivmedisin. Disse lederne samarbeider også i den daglige driften, blant annet når det gjelder pasientflyt.

Men hvordan skiller disse avdelingene seg fra de andre sykehusavdelingene? Jeg vil her nevne tre forhold som har innvirkning på lederskap og krav til ledelse for disse avdelingstypene.

1. For det første tar man imot og behandler de sykeste pasientene på disse avdelingene.

Det betyr at det stilles ekstra krav til kompetanse, både på lege- og sykepleiersiden.

Som fagansvarlig skal lederen til enhver tid sørge for at det er tilstrekkelig kompetanse i forhold til arbeidsoppgavene som skal løses.

2. For det andre, er driften av disse avdelingene uforutsigbar fra dag til dag. Man vet aldri hvilke eller hvor mange pasienter man får. Ergo er kravet til fleksibilitet samt god logistikk i alle ledd av behandlingen stort.

3. Og for det tredje, og kanskje det mest utfordrende; det er nødvendig med godt utviklede kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter på disse avdelingene. Grunnen bør være innlysende; man har ansvar for kritisk syke pasienter som hver har i gjennomsnitt minst to pårørende som i de fleste tilfellene befinner seg i en form for krise. Derfor må man ha en kultur for omsorg kombinert med effektivitet og høy fagkompetanse.

I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere, punkt 3 og 4, heter det blant annet:

”Intensivsykepleieren skal utøve intensivsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre, og sikre at pasienten får et faglig forsvarlig behandlingstilbud i overnsstemmelse med NSF-’s yrkesetiske retningslinjer, Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten.”

Intensivsykepleie skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger og pasientens opplevelser, ressurser og behov.

...skal ved bruk av sin spesialkompetanse sikre at nødvendig medisinsk behandling gjennomføres på en forsvarlig måte for pasienten.

Intensivsykepleieren skal kjenne og anvende faglige, etiske og juridiske retningslinjer og sikre at pasientens behandling foregår innenfor disse retningslinjene.

Intensivsykepleieren skal handle forsvarlig innenfor eget kompetanseområde.

Målet er at pasientens krefter kan knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes.

Intensivsykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens autonomi og integritet, og er kjent med og ivaretar pasientens rettigheter.

Intensivsykepleieren bidrar til at pasienten rehabiliteres til et meningsfullt liv, eller der dette ikke er mulig, bidrar til verdig død.

Intensivsykepleieren ser på pårørende som en ressurs i pasientens rehabilitering og har derfor et ansvar for å yte omsorg for pasientens pårørende.” (NSFLIS funksjonsbeskrivelse 2002)

Dette er et utdrag av en omfattende beskrivelse, som viser at ansvaret for ivaretagelse av de sykeste av de syke tas svært seriøst. Uforutsigbarheten er noe som kjennetegner en akuttavdelinger. Å bemanne etter en rigid bemanningsnorm, er derfor ikke enkelt. Man må ta høyde for stor arbeidsmengde og derfor alltid ha beredskap innbakt i turnusplanene. I en NSFLIS-rapport er disse utfordringene beskrevet:

”... man har behov for tilnærmet lik bemanning døgnet rundt, og helgebemanningen bør være tilnærmet lik som på ukedager. Dette tilsier en høy bemanning og høy vaktbelastning for personalet. Her kreves nytenkning med hensyn til arbeidstid og turnus...”. (NSFLIS, SPLINT-rapport 1997:67)

Å fordele ressurser, herunder også personalressurser, på en hensiktsmessig måte, er en viktig oppgave i ledelsen av akuttavdelinger. Dette blir tatt opp igjen i kapittel 4, Empiri, og i kapittel 5, drøftingskapittel.

2.5 Rammefaktorerers betydning for utøving av ledelse

Enhver håndverker må ha redskap for å kunne utøve yrket sitt. Som det tidligere er påpekt, har ledelse utviklet seg til å bli et eget fagområde, også innen helsevesenet. Kompetansekravet til ledere er skjerpet (Jakobsen 2005:141, Holter 1995:15, Opedal og Stigen 2005:28). Derfor gjelder det samme for en leder, som en håndverker. Lederen må ha verktøy for å utøve faget, og like viktig, lederen må kunne bruke verktøyet for å være et god leder som utøver godt lederskap. For å drifte en avdeling, er det selvsagt at de fysiske rammebetingelsene må være til stede. Dette gjelder både for lederen, men vel så viktig for pasientene og de ansatte. (Lov om Specialisthelsetjenesten. Kap.3). Det må være nok senger, godkjent medisinsk teknisk utstyr som de ansatte mestrer og jevnlig sertifiseres i, det må være nok og oppdatert utstyr og romforhold som fremmer målsettingen, nemlig å bidra til bedret helse for pasienten. (NOU 1997:2 kap.1:9).

Etter anbefalinger fra Steineutvalget og i henhold til Lov om spesialisthelsetjenester, skal det være en leder pr. enhet i sykehuset. Denne lederen har også ansvar for enhetens budsjett ut i fra gitte rammer, og er dermed ansvarliggjort på en annen måte enn tidligere, da budsjettansvaret ikke var delegert ned på avdelingsnivå. Det gode lederen skal kunne planlegge langsiktig, ikke minst med tanke på økonomi.

«En avdelingssykepleier, oversykepleier eller sjefssykepleier er leder når hun aktivt bidrar til å føre posten, avdelingen eller institusjonen videre eller løse dagens problemer.» (Holter 1995:19)

Jeg vil slutte meg til dette utsagnet av Holter, men også legge til at en leder i dag *både* må bidra til å føre avdelingen videre, *og* løse dagens problemer. Denne tosidige funksjonen, dette å stå midt i dagens utfordringer, og samtidig ha en langsiktig plan, er kanskje det som ledere føler mest vanskelig i dagens helse-Norge (Berge, Mathisen og Skogstad artikkel i Sykepleien nr.13/2002 og Brandvold, artikkel i Sykepleien nr.18/2003).

En leder kan ikke lede, uten at det er noen å lede. Personalet blir ofte kalt «Sykehusets viktigste og mest verdifulle ressurs», i alle fall i direktørenes festtaler. Bemanningssituasjonen på landets akuttavdelinger viser seg å være ulik, selv om avdelingene ytre sett kan se like ut. Norsk anesthesiologisk forening (NAF) har utarbeidet en «Standard for Intensivmedisin» (NAF 2001) som gir anbefalinger i forhold til avdelingstype. Jfr. Avdelingsbetegnelser i kapittel 2.4. Daværende Helse-Øst har også definert hva som er rimelig bemanning i forhold til pasientenes alvorlighetsgrad i sin rapport om Intensivkapasitet i 2002. (Helse Øst RHF 2002:10)

Om lederen har sitt verktøy, og har evnen til å bruke det, gjelder det samme for de ansatte. *Kompetanse* har blitt et nøkkelord innen sykepleiefaget. Det blir ofte koblet sammen med kvalitet og forsvarlighet (NSF faghefte 2005.) *”Morgendagens ledere må være pasientorienterte og tenke kvalitet, faglighet og samhandling”* sa NSF’s leder Bente Slatten i en åpningstale for ledere i oktober 2005, og fortsatte:

”Ingen helsepolitiske løfter blir realitet uten at det satses på høy kompetanse, riktig dimensjonering og helhetlig tankegang i helsesektoren”

Ser vi på hva lovverket sier i denne sammenheng, er § 16 i helsepersonelloven sentral. Likeledes Spesialisthelsetjenesten. Pasientene har også sine rettigheter i forhold til å bli behandlet av fagpersonell med riktig kompetanse. (Stubberud 1999:115).

Begrepet «faglig forsvarlighet» benyttes både i lovverket (Helsepersonelloven § 4) og helsepolitisk debatti når det gjelder utdanningsbehov og rett bemanning. Jeg vil imidlertid si at faglig forsvarlighet er et begrep som er vanskelig å definere eksakt, fordi det vil kunne variere fra situasjon til situasjon. Men kan man akseptere bruken av et begrep som er fleksibelt? Eriksen hevder at fleksibilitet er nødvendig også i organisasjonstankengangen på et sykehus. (Eriksen 2000:158) Rett og slett fordi pasientene som skal behandles er en ikke-homogen gruppe, som vil trenge ulik behandling ut i fra hvilken situasjon de befinner seg i. Selv om de kan komme inn med samme diagnose, vil et pasientforløp aldri være helt likt et annet pasientforløp. Dermed er styringsverktøyene som Ny Offentlig styring representerer, ikke nødvendigvis velegnet til bruk i helsevesenet. Og kanskje ikke spesielt på akuttavdelinger som alltid befinner seg i en uforutsigbar situasjon. Jfr. Kapittel 2.4

Allikevel er det nødvendig med en organisasjon innenfor sykehusene, og også på akuttavdelingene som her er omtalt. Det er dette som utgjør rammefaktorene, at det finnes

noen konstanter som letter arbeidet i en akuttsituasjon. Det innebærer at det er vesentlig på alle nivå, fra det helt konkrete og praktiske til det abstrakte organisasjonsmessige. En organisasjon er jo ikke synlig, den er en metafor, som ikke er konkret, men mer fungerer som et veikart vi trenger for å komme fram til et definert mål. I en kaotisk situasjon har det stor, og også livsavgjørende betydning at alt har sin faste plass, slik at man lett finner nødvendig utstyr og medisiner. Likeledes er det nødvendig at det finnes aksepterte og kjente prosedyrer, og at medlemmene i organisasjonen kjenner sin plass og oppgave. Den «arkelogiske struktur» som Eriksen kaller en sykehusorganisasjon (Eriksen 2000:160) har sin berettigelse nettopp i dette at rammene må være faste og kjente, slik at man har muligheten til å både utnytte de ulike profesjonenes kompetanse i et fleksibelt system som kommer pasientene til gode. En intensjon i Steineutvalgets innstilling, er nettopp at bedret drift i praksis betyr at sykehusene på en bedre måte dekker pasientenes behov (NOU 1997:2, s.9, Aase 1999:8).

2.6 Belysning av problemstilling på bakgrunn av teori

Innledningsvis ble det satt fokus på hvorvidt driftsansvaret for sykepleieledere ble dominerende i forhold utøvelse av faglig ledelse. Jeg framsatte en hovedhypotese om at *«Helsereformen og lovverket for helsesektoren, med spesielt fokus på spesialisthelsetjenesten, har bidratt til at sykepleieledere lever i et spenn mellom driftsansvar og fagansvar, der faget må vike på bekostning av driftsansvaret.»* Tradisjonelt har sykepleieledere befunnet seg i en virkelighet der de står med en fot i drift og en fot i fag. Ledelse som fag har også utviklet seg i denne tiårsperioden vi snakker om, grovt sett fra midten av 1990-tallet og fram til i dag. Dette er en faktor som kan virke inn på sykepleieledernes arbeidssituasjon.

Jeg har tidligere nevnt at Steineutvalgets innstilling (NOU 1997:2) la føringer for de endringene som senere fulgte med hensyn til organisering og ledelse av sykehus. Samtidig vokste organisasjonsteorier under samlebetegnelsen New Public Management eller Ny Offentlig Styring fram. Helsereformen ble vedtatt, og i løpet av fem år var det skjedd en omfattende forandring i det offentliges forvaltning av helsevesenet i landet. (Jfr. Kapittel 2.1 og 2.2) Det var kommet en annen tankegang, eller *ideologi* inn i forvaltningen av helsevesenet. Denne ideologien benytter bedriftsøkonomiske begrep for å beskrive forvaltningsprinsippene, så som *produksjon, inntjening og resultat*. For helsearbeidere ble det innført en ny terminologi som man i skulle forholde seg til. Ut ifra dette vil jeg formulere følgende hypotese:

«Den endrede ideologien i helsevesenet fra velferdsstatens verdigrunnlag til markedsøkonomiske prinsipper har ført til at helsearbeidere generelt og ledere spesielt må endre sin yrkesutøvelse for å være i harmoni med offentlige forvaltningsprinsipper.» (Hypotese I)

Denne hypotesen vil jeg forfølge gjennom materialet mitt og i forhold til drøfting. Stemmer det at ny ideologi er implementert i helseforetakene, og i tilfelle, hvilke utslag gir det for den enkelte sykepleieleder? Et annet spørsmål som naturlig reiser seg, er hvorvidt lederne er seg bevisst en endring av ideologi, er tilpasningsdyktigheten til sykepleielederne så stor at man ikke merker forandringene i grunnmodellene for virksomheten?

Man kan si at Velferdsstatens verdier i form av trygghet for enkeltindivider ble ivaretatt ved sykdom ble ikledd ny drakt. Enhver endring på statlig forvaltningsnivå, i form av endret lovverk og nye reformer, vil gjøre det nødvendig å endre strukturelle forhold (Jakobsen 2005:22-25) Omfattende reformer vil i et demokrati også som regel skape offentlig debatt. Blant flere ytringer, så som de refererte uttalelse fra Fløistad og Vike (Kapittel 2), kan Eriksens ledelsesteori «Kommunikativ ledelse» leses som et uttrykk for kritikk av teorien bak New Public Management. Spørsmålet er om Eriksens teori er gjennomførbar i det moderne sykehusvesenet som i kraft av sine effektivitetsstyrte driftsmodeller har tid og rom for en deliberativ tilnærming til ledelsesspørsmål. Dette blir viet større oppmerksomhet i drøftingen.

Når tankegangen bak en virksomhet endres, må det nødvendigvis føre til endringer i måten man organiserer arbeidet på. Endringer og omorganiseringer er blitt en del av hverdagen i norske sykehus. Man kan uttrykke dette ved å betegne det som en endring fra fagledelse til operativ virksomhet. Hypotetisk kan man tenke seg at

«organiseringen av driften på de enkelte sykehusavdelinger og enheter er styrt ut i fra en fordring om budsjettbalanse, og der det er mulig, en inntjeningsgevinst.»

(Hypotese II)

Om dette stemmer med virkeligheten, vil det bli satt fokus på i behandlingen av det empiriske materialet. En vesentlig faktor her vil være de faktiske oppgavene sykehuset skal løse. Formålet i Lov om helseforetak (§1) er å oppfylle de målsettingene som er nedfelt i Spesialisthelsetjenestelovens § 1 og 2, som går på å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming samt bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, et

likeverdig tjenestetilbud, best mulig ressursutnyttelse, at tilbudet tilpasses pasientenes behov og sist; blir tilgjengelig for pasientene.

Utgangspunktet mitt er altså sykepleielederens hverdag på akuttavdelinger. Hvordan de mestrer rollen, oppleves det som et spenn, eller kanskje også «spenningsfelt» å være leder på dette nivået? Eller klare disse lederne å tilpasse seg kravene som stilles til dem, klarer de å opprette balanse mellom disse to elementene som «drift» og «fag» er, slik at de kan utøve lederskap på en hensiktsmessig og god måte, til det beste for både pasienter og ansatte. Har nye helselover bidratt til en tydeliggjøring av oppgaver, ansvar og faginnhold, og har helsereformen ført med seg en styringsform som gjør at sykehusene drives mer forsvarlig både med hensyn til økonomi og pasientbehandling?

Svarene på disse spørsmålene, håper jeg finnes i materialet fra de åtte lederne jeg har intervjuet. På bakgrunn av teorien som er presentert foran og i forhold til min opprinnelige undring, spør jeg meg om følgende når det gjelder sykepleielederens utfordringer på akuttavdelinger:

«utøvelse av sykepleiefaglig ledelse på akuttavdelinger, fordrer ledere som mestrer å leve i et kompromiss mellom fagledelse og driftsledelse, og som tåler at den driftsmessige siden av ledergjeringen tar større plass enn den faglige.»
(Hypotese III)

De tre hypotesene jeg har framsatt her, er dannet på bakgrunn av den opprinnelige spørsmålsstillingen min, i sammenheng med den teorien som er presentert i det foregående. Dette vil danne utgangspunkt for drøfting av det empiriske materialet i kapittel 5.

3. Metode- og designbeskrivelse

Det er et ordspråk som sier at «man blir aldri profet i sin egen by». Derfor er det betimelig å spørre om hvorfor jeg løper risikoen ved å samle materiale gjennom å intervjuere ledere på akuttavdelinger som jeg alt vesentlig kjenner etter 25 år som sykepleier, hvorav de siste 20 årene som intensivsykepleier. I noen av disse årene har jeg også selv vært leder på avdelings- og oversykepleiernivå. Jeg er med andre ord i velkjent terreng, og faren for å ikke være objektiv, eller miste horisont og oversikt er reell. Årsaken til at jeg har valgt å hente materialet til denne oppgaven fra et for meg kjent område, er flerfoldig. For det første har jeg en genuin interesse i forhold til temaet. Med såpass lang fartstid som jeg har innenfor yrket, har jeg også en del erfaring og bakgrunnshistorie for det jeg vil undersøke. Å ha en interesse for emnet man skal forske i, er en god motivasjonsfaktor for å gjennomføre en studie som denne. For det andre vil kjennskapen til feltet gjøre det enklere å forstå budskapet til respondentene.

«Intervjuere bør ha gode kunnskaper om emnet som skal undersøkes, mestre samtalemessige ferdigheter, være språklig dyktige – og ha øre for intervjupersonens språklige stil». (Kvale 1997:91-92)

Nå påstår ikke jeg at jeg innehar alle disse kvalifikasjonene til toppkarakter, men jeg har gode kunnskaper om emnet, og jeg kan «stammespråket» innenfor undersøkelsesfeltet. Dermed kan jeg ved tilleggsspørsmål utdype og belyse fra ulike synsvinkler det som kommer fram i det respondentene uttrykker. For det tredje er det å kjenne respondentene, dog i varierende grad, med på å skape en avslappet atmosfære i intervjusituasjonen. *«Det kvalitative intervjuets fortrinn er dets åpenhet»* (Kvale 1997:44). Dersom respondenten opplever at intervjuet foregår i åpenhet og i en uanstrengt form, vil formulering, konsentrasjon og fokus på tema bli av bedre kvalitet enn når atmosfæren føles anspent og streng. (Dalen 2004:36:37).

* Jeg har med hensikt kalt intervjupersonene *respondenter*, og ikke *informanter*, da de forteller sin egen historie, og ikke forteller om andre, eller andre forhold. (Askeland 1998, Kapittel 2, Ledere og lederroller)

3.1 Design

Det er en kjensgjerning og livssannhet at ting ikke alltid blir som man tror. Men det er helt nødvendig å ha et rammeverk og en idè for utforming og gjennomføring når man gir seg i kast med en studie som dette. Dalen sier i sin bok om intervju som forskningsmetode følgende:

«Ved kvalitative studier må forskeren være spesielt åpen for det uforutsette og ha en fleksibilitet innbygd i designen som kan fange opp og ta hensyn til uforutsette forhold». (Dalen 2004:28).

Denne oppgaven er planlagt som en kvalitativ studie med utgangspunkt i en undring over hvordan sykepleieledere mestrer å leve i spennet mellom drift- og fagansvar, aktualisert gjennom en helsereform som kom nærmest «over natten» for oss som ansatte i spesialisthelsetjenesten. Men for å få et fundament å bygge oppgaven over, har jeg gjort kildestudier, altså fordypet meg i aktuell litteratur angående ledelse, samt studert dokumenter som er aktuelle i forhold til problemstillingen. I følge Askeland (Askeland 1998: kapittel 2, ledere og lederroller) vil en slik metode kunne betegnes som intervjuer og dokumentstudier. Kvale benytter ikke begrepet «design» i sin lærebok om det kvalitative forskningsintervju, men nevner 5 viktige punkter i planleggingsfasen:

- Oversikt
- Gjensidig avhengighet
- Hold sluttmålet i sikte
- Fremskynd
- Å bli klokere (Kvale 1995:56ff)

Jeg startet denne studien med å formulere min undring. Siden jeg undersøker i velkjent «mark», hadde jeg i utgangspunktet god oversikt over hovedstrukturene innen organisasjonenmodellene på sykehus, og da særskilt akuttavdelinger generelt og intensivavdelinger spesielt. Jeg var tidlig bestemt på at oppgaven måtte bestå av en teoretisk del, som et bakteppe for den kvalitative undersøkelsen. Helsefag, herunder sykepleie og sykepleiefaglig ledelse er et fagområde der det er vanskelig å måle kvantitativt. Dessuten liker jeg samtalen som et verktøy til å hente informasjon. Med denne metodikken var jeg også inneforstått med at arbeidsmåten kunne bli endret underveis. Derfor er det kritiske blikk på hva man foretar seg, både når det gjelder intervju og stofftilnærming en viktig faktor.

Den gjensidige avhengigheten i dette studiet går på valg av teori i forhold til den empiriske virkeligheten. Ved å velge en uaktuell teori, kunne jeg risikere å ikke få en riktig analyse og

drøfting av data. Eriksens teori om kommunikativ ledelse tar utgangspunkt i et konkret sykehus, der også en av mine respondenter har sin arbeidsplass som leder.

Grunnet ulike utsettelse for gjennomføringen av dette hovedfagsstudiet (blant annet nødvendigheten av å endre tema grunnet frafall av faglig veileder samt alvorlig sykdom i nær familie) har sluttmålet representert ved leveringsdato brått kommet nærmere det siste året. Men sluttmålet er også selve oppgavens innhold, å finne svar som belyser den opprinnelige spørsmålsstillingen og undringen. Respondentenes samtykke og villighet har vært avgjørende for å nå sluttmålet, likeledes veilederens tålmodighet.

Første del av studieforløpet har vært preget av utsettelse, mens den siste del av arbeidsprosessen har vært gjenstand for stadige progresjoner og fremskynding av arbeid. Jeg har vært heldig som har kunnet intervju fortløpende, fått anledning til studiepermisjon fra eget arbeid og hjelp til transskripsjon. Refleksjon over temavalg og problemformuleringer har vært en daglig følgesvenn, men bidratt til å holde fokus.

Å intervju er en sann glede. Respondentene tilfører økt kunnskap og gir utvidede horisonter. Men dette kan også være utfordrende i forhold til å tilpasse den opprinnelige hypotesen til det man faktisk får av svar. Dette har jeg valgt å ikke gjøre til et problem, men søker å anvende det positivt i analyse og drøfting videre i oppgaven. Men i prosessen med å arbeide med denne oppgaven, både gjennom teori og datainnsamling, ville jeg nok valgt en problemstilling som har denne formuleringen:

”I spennet mellom fag og drift..

- har Helsereformen og lovverket for helsesektoren innvirkning på utøvelse av lederskap for ledere av akuttavdelinger på norske sykehus?”

Dette er mer dekkende for det jeg kan oppsummere fra intervjuene, vel å merke når det gjelder spørsmålsstillingen til respondentene. Dette kommer jeg tilbake til i drøfting av funn.

Med min interesse for sjø og båtliv, kan jeg ikke komme utenom å referere Kvale i kapittelet om intervjuundersøkelsens ulike stadier:

« Hvis man skal kunne navigere trygt gjennom vanskelige farvann, er det imidlertid ikke nok bare å kunne styre skipet – inngående kjennskap til farvannene og kystlinjen, enten ved hjelp av kart eller gjennom egne erfaringer, er også nødvendig. I en

intervjuundersøkelse er en grunnleggende kjennskap til undersøkelsens tema og kontekst en forutsetning for å kunne bruke metoden på riktig måte». (Kvale1995:64)

3.2 Undersøkelsesfelt

Jeg intervjuet åtte ledere fra akuttavdelinger i Norge, med en geografisk spredning fra helse Nord til helse Sør-Øst, nærmere bestemt fra Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) til Sykehuset i Telemark HF. I denne spredningen ligger også varianter i form av ulike størrelser på helseforetakene, fra universitetssykehus, til det som før ble kalt sentralsykehus, lik for eksempel Sykehuset Innlandet HF (helseforetak). På den måten får jeg representert en variasjon av ansvarsoppgaver og arbeidsfordeling sykehusene i mellom. De alvorligste og tyngste pasientgruppene som trenger høy spesialisert medisinsk faglig behandling, sorterer til Universitetssykehusene. De med mindre alvorlige, men likevel akutt syke pasientene blir behandlet på sykehus med mer generalistkompetanse. Dog er dette sykehus med dyktige og kompetente behandlere og pleiere. (Lov om helseforetak, Spesialisthelsetjenesteloven).

De åtte lederne representerer ulike lederfunksjoner. Seks av dem er avdelingssykepleiere, med varierende ansvar i forhold til antall ansatte. Spennvidden er fra ca 40 til ca 100 ansatte. Èn er oversykepleier, og én er seksjonsleder, altså nivået over avdelingssykepleierne. På den måten har jeg fått et bredere perspektiv på ledelse på akuttavdelinger, dog med hovedtyngden på avdelingssykepleiere, som har en nøkkelposisjon i sykehusorganisasjonen med hensyn til drift og pasientflyt. (Berge, Mathisen og Skogstad, artikkel i Sykepleien nr.13/2002, Bente Slaatten, Åpningstale 20.10.05)

Avdelingene som disse åtte lederne representerer, spenner fra akuttmottak til intensiv- og overvåkningsavdelinger. Som tidligere nevnt (kapittel 2), er det stor variasjon når det gjelder avdelingsstruktur og oppgavefordeling/innhold på landets intensiv- og overvåkningsavdelinger. Når det gjelder akuttmottak, er det representert en leder fra et fylkesregionalt akuttmottak og en leder fra et akuttmottak tilhørende et universitetssykehus, der man også har traumeansvar.

3.3 Kvalitative intervju og fortellinger

Spørsmålsstillingene i teoridelen av oppgaven har dannet utgangspunkt for basisspørsmålene i intervjuguiden. (Se vedlegg) Jeg ønsker at intervjuobjektene skal få fortelle sine lederhistorier, for å få fram et mest mulig variert bilde av deres virkelighet, knyttet opp mot problemstillingen. Det var viktig for meg å stille med mest mulig åpenhet, og minst mulig låste spørsmålsstillinger. Filosofien bak dette, er at når respondentene får fortelle fra sin hverdag, uten for mange strukturerte spørsmålsstillinger, vil det komme fra mer variert og nyttig informasjon, enn ved helt strukturerte intervju. Semistrukturerte intervju ble altså valgt, for å gi informantene stor grad av frihet, men samtidig holde en «rød tråd» i forhold til problemformulering/hypotese. (Kvale 1997:75ff, Hellevik 1999:13-14, Halvorsen 2002:89ff).

Når jeg valgte ut respondenter, var tre kriterier utslagsgivende:

- Respondentene skulle ha videreutdanning innen fagområdet akutt/kritisk syke
- Respondentene skulle ha arbeidserfaring som sykepleier (og helst som leder) i mer enn ti år
- Respondentene skulle ha ledererfaring fra nåværende arbeidsplass i to år eller mer

Begrunnelsen for at respondentene skulle ha videreutdanning, er at de faglig sett da befinner seg på likt nivå. Noe som har betydning for forståelse av fag, fagutøvelse, fagforvaltning og tilrettelegging for fagutøvelse for de ansatte.

Grunnen til at lang fartstid var viktig, er endringene som har skjedd, både i norsk helsepolitikk de fra midten av 1990-tallet, og utviklingen av ledelse som fag i samme periode. Respondentene vil ha kjennskap til disse endringene og utviklingen ved å ha «lang fartstid».

Kriteriet for ledererfaring i to år eller mer på nåværende arbeidsplass, går på kontinuitet i rollen som leder. Med dette følger trygghet i egen posisjon, og mulighet til å ha reflektert og gjort erfaringer som leder.

Kjernespørsmål som utgangspunkt for intervju var disse:

- *Organisasjons- og ledelsesmodell på din arbeidsplass*
- *Ledelsesfilosofi*

- *Beskrivelse av nåværende arbeidsoppgaver*
- *Endringer i utøvelse av lederskap?*
- *Hvorfor er du leder?*
- *Din opplevelse av driftsansvar og fagledelse*
- *Egne visjoner*
- *Annet (et tema du eventuelt mener er aktuelt i sammenhengen)*

(Vedlegg III)

3.4 Analyse av data

Når man samler data, vil man gjerne få mer informasjon enn det man faktisk trenger for å kunne drøfte og besvare en problemstilling. «*Analysen av datamaterialet går ut på å trekke ut den informasjonen vi trenger for å kunne besvare problemstillingen*»». (Hellevik 1999:195). I denne oppgaven er det omtrent ti timer med samtale som har gitt med det empiriske materialet. Første del av bearbeidingen går da på å finne det essensielle i hvert intervju som gir meg nyttig informasjon i forhold til spørsmålsstillingen min. Dette kalles også datareduksjon (Hellevik 1999:196, Dalen 2004:61). For å forenkle og skape oversikt over materialet har jeg sortert svarene ut i fra kjernespørsmålene i intervjuguiden. Dette er første bearbeidingsfase. På bakgrunn av dette har jeg utformet to vesentlige spørsmål som den videre drøfting vil konsentrere seg om. Kvalitative intervju har sine fordeler med en rik informasjonstilgang, og respondenter som både kan «krydre» og berike den opprinnelige undring og problemstilling. Ulempene ved denne intervjuformen er at stofftilgangen blir så omfattende at forskeren får problemer med å skille ut det vesentlige, samtidig som faren for fortolking, og overfortolkning kan bære galt av sted. Samtidig kan rene narrative gjengivelser bli beskrivelser uten faglig tyngde og utviklende perspektiver. Et annet dilemma det kvalitative intervjuer står ovenfor, er å finne rett balanse mellom det respondenten faktisk forsøker å uttrykke, og det intervjueren selv har av egne oppfatninger og meninger om temaet. (Hellevik 1999:196-198, Kvale 1997:89ff, Dalen 2004:19-21). Derfor er det viktig at kravene til mest mulig sannhet og troverdighet overholdes.

3.5 Validitet og reliabilitet

Jeg har i denne studien søkt å hente materiale på en mest mulig pålitelig og gyldig måte. Jeg har i innledningen til dette kapittelet satt søkelys på fordeler og ulemper ved å kjenne både undersøkelsesfeltet (akuttavdelingene) og de fleste respondentene. Min reliabilitet som

intervjuer har jeg vært spesielt oppmerksom på, nettopp på bakgrunn av kjennskap og kunnskap om det jeg ønsker å undersøke. Dette henger også sammen med fenomenet ledende spørsmål, enhver intervjusituasjon kan bli preget av at intervjueren ønsker bestemt svar på spørsmålene. Jeg har forsøkt å løse dette, for det første ved å være klar over at det aktuelle spørsmålet kan være ledende, da har jeg uttrykt dette i intervjusituasjonen. Videre har jeg latt oppfølgingsspørsmål vært preget av formuleringer som *«er det riktig forstått dersom jeg sier det på denne måten?»*, for at respondenten der og da kan korrigere min oppfattelse av det som er besvart. I tillegg har jeg hatt Kvale's ord om ledende spørsmål med meg i intervjusituasjonene:

«Dermed er det ikke alltid, som de fleste tror, at ledende spørsmål reduserer intervjuenes reliabilitet; men de kan snarere styrke den. Ledende spørsmål blir antakeligvis ikke brukt for mye, men heller for lite i kvalitative forskningsintervjuer».
(Kvale 1995:97)

Validitet defineres som et uttalelses- eller arguments sannhet og riktighet. Gyldighet eller relevans er også et begrep som gir mening i denne sammenheng. (Halvorsen 2002:43) Hva som er sannhet har opptatt mennesker til alle tider. Jesus stilte dette spørsmålet, og selvfølgelig er dette også et kjernespørsmål innen filosofien. Herfra kjenner vi tre ulike sannhetskriterier; *korrespondenskriteriet*, *koherenskriteriet* og det *pragmatiske sannhetskriteriet*. Disse tre sannhetskriteriene omhandler henholdsvis hvorvidt et kunnskapsutsagn stemmer overens med omverdenen, videre utsagnets konsistens og indre logikk og til slutt forholdet mellom kunnskapsutsagnets sannhet og dets praktiske konsekvenser. (Kvale 1995:166-167) I min oppgave har jeg forsøkt å ha alle disse tre sannhetskriteriene i bakhodet under arbeidet. Stemmer min problemformulering med virkeligheten? Opplever sykepleieledere at det er et spenn mellom drift og fag, et gap som det er vanskelig i det praktiske hverdagen å bygge bro over? (Korrespondenskriteriet). Selve problemformuleringen eller tesen har vært gjenstand for kritisk blick og bearbeiding i hele prosessen. Hvordan formulere en spørsmålsstilling mest mulig presist i forhold til det jeg ønsker å undersøke og få svar på. Jeg har også vær bevisst på at min egen erfaring innen ledelse ikke skulle fargelegge verken spørsmålsstillinger eller svar. Derfor har jeg forsøkt å tilnærme meg ulike ledelsesteorier og sette disse opp mot faktiske styringsdokumenter i form av lovverk og Stortingsvedtatte reformer. (Koherenskriteriet). Gjennom intervjuene har jeg

søkt å se på forholdet mellom min problemstilling og den praktiske virkeligheten informantene forteller om. (Pragmatisk kriterium).

Validering bør være gjennomgående i en studie, ikke bare i slutfasen. (Kvale 1997:167ff, Dalen 2004:104ff, Halvorsen 2002:46-47). I tillegg til at jeg selv har stilt meg kritisk til egne spørsmål, har jeg testet problemformuleringen på andre ledere, og fått verdifull tilbakemeldinger. Veilederen min har gjennom hele arbeidsprosessen vært svært konstruktiv og stilt reflekterende spørsmål.

Jeg har, av tidsmessige årsaker vært tvunget til å overlate transskripsjonen av intervjuene til en utdannet person, en helsesekretær som til daglig skriver fra diktafonopptak. Dette kan det metodisk stilles spørsmål ved, (Dalen 2004:61, Kvale 1997:67 og 165) men jeg har forsøkt å validere dette ved å høre og lese gjennom intervjuene. Videre har jeg rettet feil, og satt inn det jeg oppfattet som riktig, der transkribtøren ikke har oppfattet hva som er sagt. Dette gjelder også fagterminologi og fremmedord som det ikke kan forventes at transkribtøren har hatt forutsetning til å oppfatte. «Kommunikativ ledelse» er et eksempel på dette. Til slutt har jeg sendt de transkriberte intervjuene til respondentene for gjennomsyn, for at disse kunne korrigere eventuelle innholdsmessige feil.

3.6 Etiske refleksjoner

Det har tidligere vært nevnt at refleksjon i forhold til validitet og reliabilitet er noe som pågår gjennom hele arbeidsprosessen med et studium som dette. Det samme vil være gjeldende for den etiske refleksjon. Etikk er en grunnverdi i sykepleiefaget (NSF yrkesetiske retningslinjer 2001:3), derfor har det vært naturlig å tenke etisk når man skal planlegge undersøkelsen, både i utformingen av spørsmålene, i intervjusituasjonen og i behandlingen av data i etterkant. I Sykepleiernes etiske retningslinjer, punkt 1 står følgende:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter”.

Videre i punkt 8, sykepleieren og samfunnet, står det:

”Sykepleieren er oppmerksom på sitt profesjonelle og etiske ansvar overfor pasienter, arbeidsstedet og samfunnet, både i et nasjonalt og globalt perspektiv.” (NSF 2001)

Dette har for meg dannet et etisk «bakteppe» i denne oppgaven. Det er en etisk holdning som sitter i «ryggmargen», og som er innarbeidet i all yrkesutøvelse jeg har foretatt. I denne oppgaven er forholdet til respondentene og det datamaterialet jeg har fått, blitt gjenstand for etisk refleksjon. Dette kan sammenfattes til informert samtykke fra respondenten, krav om informasjon, krav om konfidensialitet og til slutt konsekvenser. (Dalen 2004:11-113, Kvale 1997: 66-70)

Siden jeg ikke har intervjuet pasienter eller pårørende, har jeg ikke søkt etisk komité ved de respektive sykehus om tillatelse til å gjøre intervju. Det er imidlertid søkt om og innhentet adgang til å gjøre intervjuer hos respondentenes overordnede. Videre er respondentene forelagt et skriv om informert samtykke (se Vedlegg II), som er underskrevet av respondent og intervjuer i forbindelse med gjennomføringen av intervjuet. I dette informerte samtykke er det informert om studiets hensikt og metode, hvem som er ansvarlige og frivilligheten av deltakelse og også eventuelt muligheten for å trekke seg. Det er redegjort for hvordan dataene fra intervjuene vil bli behandlet, og sikret med hensyn til konfidensialitet. Alle data vil bearbeides og anonymiseres. All informasjon som framkommer i intervju er taushetsbelagt, også for den som transkriberer (se vedlegg). Den konfidensielle informasjonen som har fremkommet vil makuleres et år etter at studiet er godkjent.

4. Empiri

Å samle materiale fra en sammensatt og komplisert sykehushverdag, er i utgangspunktet ikke så vanskelig. Utfordringen ligger i å gjøre utvelgelsen, både når det gjelder respondenter og å stille spørsmål så presist at man får brukbare og nyttige svar. Som nevnt i kapittel 3.3 valgte jeg respondenter som har lang «fartstid» i helsevesenet, som spesialsykepleiere og også som ledere. Siden denne oppgaven bygger på kvalitative semistrukturert intervju, samt teoretiske studier, finnes det ikke kvantitative mål. Det eneste som kan settes opp i en matrise og sammenlignes, er de demografiske dataene. Jeg spurte om følgende:

- Kjønn
- Alder
- Yrkeskompetanse
- Nåværende ansvarsområde
- Ledererfaring, antall år

Setter vi dette i en tabell, får vi denne oversikten:

Figur 3:

<i>6 Kvinner, 1 Mann</i>	<i>30 -40 år</i>	<i>40 -50 år</i>	<i>50 -60 år</i>
Alder		48, 49,	51, 52, 53, 56, 58, 59
	<i>Grunnutdanning</i>	<i>Grunnutdanning + Spesialutdanning</i>	<i>Grunnutdanning + Spesialutdanning + Lederutdanning</i>
Yrkeskompetanse	8	1	7
	<i>Avd.sykepleier/ enhetsleder</i>	<i>Oversykepleier</i>	<i>Seksjonsleder</i>
Nåværende ansvarsområde	6	1	1
	<i>0 – 5 år</i>	<i>5 – 10 år</i>	<i>> 10 år</i>
Ledererfaring, antall år	4	5, 7, 10, 10	12, 22

Hensikten med å etterspørre disse demografiske dataene i starten av intervjuene, var å få et bakteppe for hvilken erfaring respondentene hadde både i forhold til spesialfeltet de er leder for innen sykepleiefaget, samt eventuell spredning av ledererfaring og arbeids- og ansvarsområde. Jeg vil bruke disse dataene videre der det har betydning for analysen i drøftingskapittelet.

4.1 8 sykepleielederes fortellinger

Jeg har med hensikt kalt dette kapittelet for sykepleielederes *fortellinger*. Grunnen til dette er ønsket om å framheve respondentens frihet til å fortelle åpent fra sin hverdag. Et kvalitativt intervju som metode gir nettopp intervjuobjektet denne friheten. Samtidig åpner metoden for at forskeren får anledning til oppfølgingsspørsmål og fortolkning. (Askeland 1998, kapittel 2, Ledere og lederroller). Dermed blir intervjuet mer preget av en samtale. Dette stiller krav til intervjueren når det gjelder kommunikasjonsferdigheter. "God kommunikasjon kan man imidlertid ikke lese seg til" (Eide og Eide 2000:271). Håpet er at mine kommunikasjonsferdigheter i intervjusituasjonen har vært fremmende for den gode samtalen. I de følgende underkapitlene, presenteres datamaterialet i bearbeidet form. Jeg har valgt å gi respondentene fiktive navn i denne fremstillingen, der forbokstaven er koblet mot rekkefølgen i intervjuene. Det vil si at respondent 1, har fått navnet Anne, nummer to Beate osv utover i alfabetet til åttende bokstav H.

4.2 Funn

Respondentene representerer en spredning både når det gjelder geografi, arbeidssituasjon og ansvar. Deres egen opplevelse av hvordan det er å leve i spennet mellom fag og drift, er variert ut ifra de ulike rammebetingelsene. Hvordan helsereformen med nytt lovverk og ny eierstruktur virker inne på den enkeltes utøvelse av lederskap, varierer også fra respondent til respondent. Det er ingen tydelig innvirkning av endringene som beskrevet i lederens arbeidshverdag ved første spørsmålsstilling. Men når tilleggsspørsmål har blitt stilt, for eksempel i form av tidsbruk for drift og faglig arbeid, er svarene mer nyansert.

Min spørsmålsstilling:

«Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell, hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelinger at helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?»

- gir altså intet entydig svar på dette. I drøftingskapittelet (kap.5) vil jeg belyse dette nærmere. I det følgende har jeg tatt for meg materialet fra de ulike spørsmålene i intervjuguiden, og forsøkt å sammenstille det som her kommer fram. Til slutt under hvert punkt har jeg laget en oppsummering.

4.2.1 Organisasjon og ledelse på respondentenes arbeidsplass

I Steineutvalgets innstilling «Pasienten først!» er det beskrevet hvordan sykehus kan ledes på en hensiktsmessig måte. Her heter det blant annet:

”Lederen er leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe” (kap.2.2.1).

”Ledelsen bør være enhetlig” (kap.2.2.2).

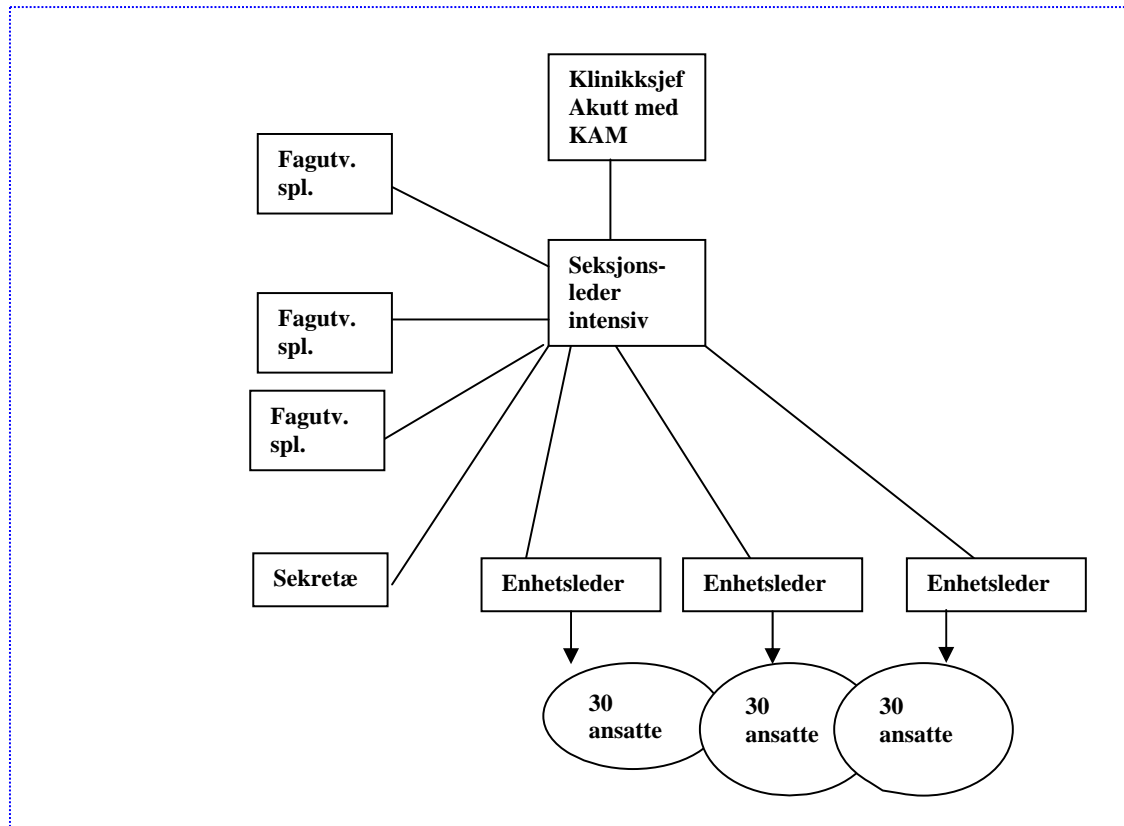
Utvalget ville ikke komme med forslag til intern organisering, grunnet de store forskjellene som finnes i landet med hensyn til sykehusstørrelse, faglige funksjoner, pasientgrunnlag og organisasjonskultur. I tillegg fant ikke utvalget noen organisasjonsløsning de kunne anbefale, og tilslutt vektla de at vellykket organisasjonsendring er i stor grad avhengig av lokalforankring og eierforhold til løsningene. (NOU 1997:2 kap.2:14-16)

Denne innstillingen ga, som tidligere nevnt, føringer for det som senere kom i lovs form med hensyn til helsepersonell, pasientsikkerhet og drift av Helseforetak. Men heller ikke i disse lovene er det beskrevet organisasjonsmodeller for helseforetak eller sykehus.

De 8 respondentene fra denne undersøkelsen tilhører ulike type sykehus. Men i henhold til lovverket, kunne vi forvente at ledelsesstrukturene var bygget over samme lest. Det var derfor interessant å se om det er samsvar mellom lovverket og den praktiske virkelighet, om det er sammenheng mellom «liv og lære», eller om helseforetakene er autonome i sin utforming av organisasjonsmodell tilpasset det stedlige sykehus og de oppgavene dette sykehuset er tildelt.

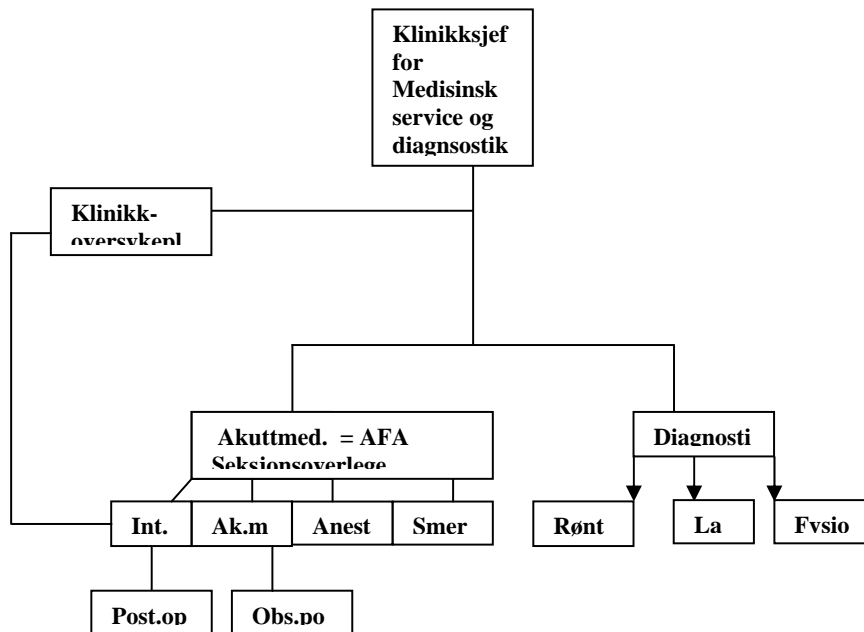
I Lov om helseforetak § 36, finner vi at hvert helseforetak skal ha en daglig leder som tilsettes av foretaksstyret. Videre i lov om Spesialisthelsetjenesten, finner vi i § 3-9 at sykehus skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivå, ikke todelt enhetlig ledelse slik vi hadde før Regionssykehuset i Tromsø begynte sin organisasjonsendring i begynnelsen av 1990-tallet. I det følgende har jeg framstilt organisasjonskartene til noen av de ulike respondentene i figurer, og valgt de som viser størst ulikheter (de resterende finnes i Vedlegg IV). Som det vises, er det *ikke* en enhetlig organisasjonsstruktur.

Figur 4

Anne's organisasjonskart

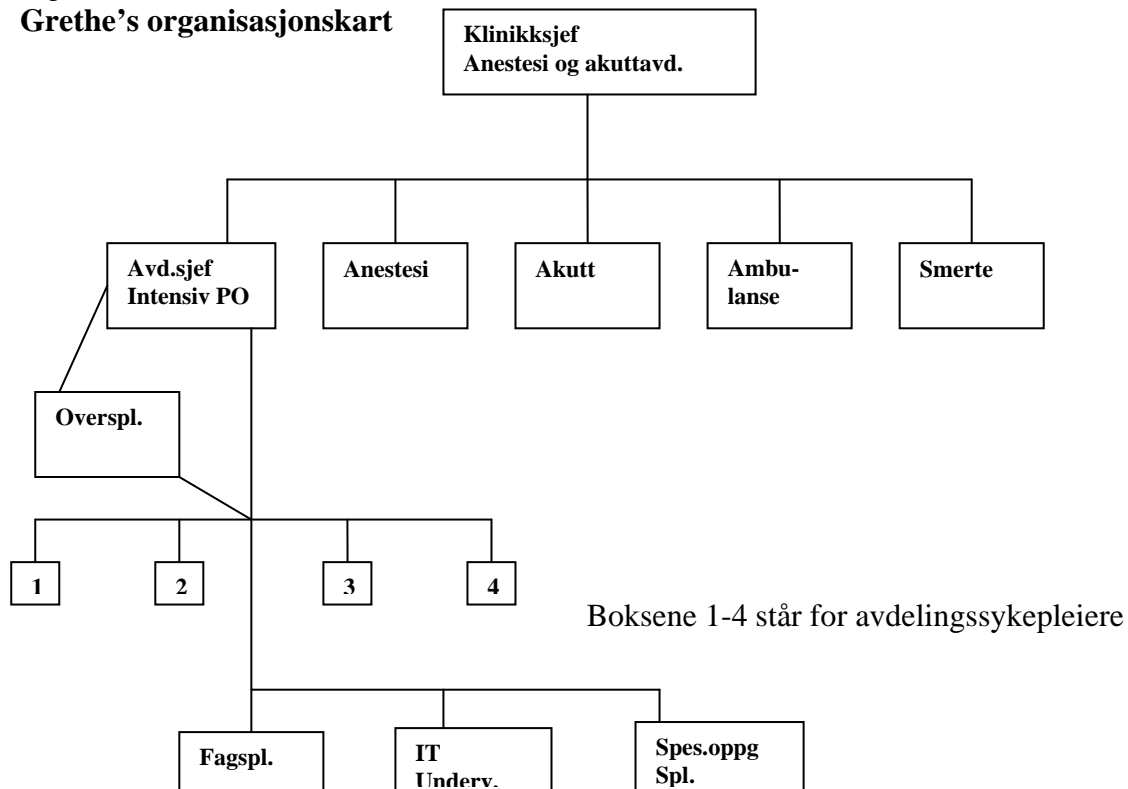
Som denne modellen viser, er avdelingen her organisert i tråd med anbefalingene i fra Steineutvalget, og i Lov om helseforetak § 3-9 i forhold til enhetlig ledelse på hver sykehusenhet. Seksjonslederen og de tre enhetslederne (avdelingssykepleierne) danner ledelsesteamet.

Figur 5

Beate og Camilla's organisasjonskart

Her ser vi en sammensatt modell der oversykepleier riktignok er i stab, ikke linje til klinikkssjef, *men* er i linje til avdelingssykepleierne og inngår i teamet sammen med seksjonsoverlegen.

Figur 6

Grethe's organisasjonskart

På organisasjonskartet til oversykepleier Grethe (Figur 6), ser vi at oversykepleier er i linje, ikke i stab til avdelingssjef og avdelingssykepleiere. Denne organisasjonen har altså beholdt den todelte enhetlige ledelsen.

Oppsummering:

De 8 respondentene representerer bredden i norske helseforetak fra universitetssykehus til regionssykehus og videre til sentralsykehus, det som universitetssykehusene vil kalle lokalsykehus, men som har større nedslagsfelt enn for eksempel en by; i dette tilfellet dreier det seg om sykehus som har ansvar for et fylke. Vi kunne også kalt disse sykehusene *fylkesregionale*. Det som fremkommer, er at organisasjonsstrukturene er ulike fra sykehus til sykehus, de er tilpasset lokale behov, samtidig som vi finner rester etter gamle organisasjonsstrukturer, slik at vi får sammensatte modeller. Eksempel på det er fra organisasjonskartet til Beate og Camilla. Men det finnes også eksempel i dette materialet på et organisasjonmodell som ikke er endret i henhold til loven, nemlig hos oversykepleier Grethe. Her er den gamle modellen med todelt enhetlig ledelse beholdt, med sterkt begrunnelse i det faglige forhold. Denne modellen avviker da fra Lov om helseforetak. Hvorvidt dette faktisk er en faglig nødvendighet, eller endringsvegring i en utbyggings- og omstillingsfase, blir sett nærmere på i neste hovedkapittel (kap.5)

4.2.2 Ledelsesfilosofi

Alle respondentene fikk intervjuguiden sendt i forkant av intervjuene, slik at de hadde mulighet for å forberede seg på de ulike spørsmålsstillingene. Spørsmålet var åpent stilt, slik at de både kunne beskrive avdelingens eller enhetens ledelsesfilosofi, og også sin egen.

Den første respondenten jeg intervjuet, Anne hadde et klart definert mål som både var avdelingens mål og hennes personlige mål i utøvelse av ledelse. Dette gikk på å være *nærværende og tilgjengelig* for personalet. Sagt på en annen måte hadde denne lederen sitt fokus på personalet, og tilrettela på best mulig måte, slik at personalet kunne ha sitt fokus på pasientene. Det ble også beskrevet en god dialog og åpenhet i lederteamet, som besto av seksjonleder og tre enhetsledere. De hadde en arbeidsform der det var naturlig å fordele arbeidsoppgaver, hjelpe og støtte hverandre. Det ble også beskrevet en stor grad av trygghet innad i teamet, man tålte å være uenige, men framsto samlet utad. Anne sier:

«Lederteamet..er det forumet vi har hvor vi kan blåse ut hvis vi har behov for det, det skal være lov å være uenige... Jeg tenker egentlig at vi kommer fram til løsninger som vi kan gå gode for alle sammen... Opplever at vi er veldig direkte og ærlige mot hverandre.» Dere har den tryggheten dere trenger? «Ja, veldig, og det blir sagt om oss. Dere er ulike, men dere er så enige.»

Den andre respondenten, Beate kunne ikke vise til noen overordnet ledelsesfilosofi, ikke noe som var snakket om av dennes leder. Det var mer snakk om praktisk handling gjennom møter og informasjonsutveksling. Da blir konsekvensen at hver enhets- eller avdelingssykepleier ledere etter sitt eget hode.

«..ledelsesfilosofi tror jeg kanskje hver og en har litt sånn på hver avdeling. Vi styrer vel presset forskjellig..... Jeg vil være en delegerende leder og bruke de ressursene som finnes i avdelingen. Ellers må jeg si at jeg prøver så godt jeg kan å se alle..»

Selv om Beate ikke har en tydelig ledelsesfilosofi for avdelingen, er hun klar på sin egen. Hennes ledelsesfilosofi ligger implisitt i det hun her beskriver,

Respondent nummer tre, Camilla tilhører samme sykehus som Beate, og har på samme måte som henne ikke sett noen egen ledelsesfilosofi for avdelingen, men viste til sykehuset overordnede mål og planverk. Dermed ble det tatt for gitt at de overordnede målene for sykehuset også gjaldt for avdelingen. Camilla var også opptatt av å være nær sine ansatte, «på golvet», samtidig som hun representerer arbeidsgiver. Hun sier følgende:

«Jeg tenker at alle vi som sitter i ledelsen enten vi sitter langt oppe eller lengre ned må forstå at hvis vi skal få det beste ut av hver enkelt medarbeider, så må vi, slik det står i § 16 i lov om helsepersonell,- vi har en plikt til å legge forholdene tilrette slik at hver enkelt arbeidstaker har mulighet til å utføre sitt arbeid. Det er en viktig lov, og der mener jeg at mye av min funksjon som leder er at jeg hele tiden må være den som skal tenke fag, tenke kompetanse, organiserer og strukturerer min avdeling i seksjonen så godt at de ansatte klarer å utføre sitt arbeid på en bra måte.»

Den fjerde respondenten Dina, kommer også fra et sykehus med fylkesregionalt ansvar (jfr. Kap.4.2.1). På spørsmål om hvilken ledelsesfilosofi avdelingen eller enheten hadde, var dette svaret:

«Det er ikke på agendaen i det hele tatt, så ledelsesfilosofi har jeg måttet finne ut selv, hvordan jeg skal lede.»

Det som videre framkom, var at Dina brukte mye tid på å lese om ledelse, søkte i litteraturen, daglig. I tillegg var det helt nødvendig å ha sitt eget nettverk, både på sykehuset og i landet forøvrig, utnytte de ressursene som fantes når det gjaldt å utveksle og lære om ledelse. Denne lederens metode var *situasjonsbestemt ledelse*, kombinert fra erfaringen hun hadde fra veiledning. På spørsmål om hvordan det var å være i en situasjon der man måtte utforme sin egen ledelsesfilosofi og ledelse ikke var noe tema i seksjonledelsen, var svaret dette:

«nei, det er ikke noe særlig. Det jeg kan risikere er at jeg ikke får noe input i det hele tatt og at jeg går tom.. Det er ulempen med det. Fordelen er at jeg kan «herje vilt», hvis det er noen fordel.»

Den femte respondenten Eva, er tydelig på at dialog og kommunikasjon er viktig elementer i ledelsesfilosofien til avdelingen. Dette er en stor avdeling der de ansatte er organisert i fagteam. Men respons fra de ansatte, gode tilbakemeldinger på forhold som gjelder på samarbeid og fag, er viktig for denne lederen. Hun sier:

«Vi forsøker å lede denne avdelingen ut fra den målsettingen at flest mulig skal få lov til å påvirke sin egen hverdag. ... Det er ikke alltid like lett, det vil jo alltid være like mange meninger... som det er personale.»

I tillegg til fokus på dialog og kommunikasjon, ser denne respondenten klart nødvendigheten av å koordinere og delegere. Siden avdelingen er så omfattende, er hennes stilling som avdelingssykepleier sammenlignbar med oppgavene som den tidligere oversykepleieren hadde. Dette ble utdypet i de følgende spørsmål på intervjuguiden.

Lederen som var den sjette respondenten Fredrik, uttrykte at ledelse og ledelsesfilosofi absolutt var et tema i lederteamet. Selv om hans egen ledelsesfilosofi og måte å lede på ikke ble uttrykt klart under dette punktet, kom det mer fram under beskrivelse av arbeidsoppgaver. Men en god «overbygging» kom fram:

«..jeg tror en må være såpass ærlig å si at vi ikke er gode på alt selv om man er leder...vi må utfylle hverandre og ikke minst samarbeide.... jeg har brukt mye tid til å være til stede, at folk kan snakke med meg, og at jeg er tilgjengelig for personalet rett og slett»

Den sjuende respondenten Grethe, representerer et sykehus og seksjon som leder etter todelt enhetlig ledelse. Denne lederen var da naturlig nok sykepleierfokuseret i sitt ledelsesuttrykk.

Essensen i dette var en «åpen dør»-holdning, at personalet alltid skulle ha noen å komme til når de hadde behov. Dette hadde også nedfelt seg i strukturen på avdelingen; en leder var aldri alene på jobb. Altså at oversykepleieren Grethe, sammen med sine tre avdelingssykepleiere hadde organisert seg slik at det alltid var to av dem til stede. Denne lederen uttrykker ledelsesfilosofien på denne måten:

«Vår ledelsesfilosofi er at vi skal ha et miljø som gjør at personalet føler at de kan komme til oss å si i fra til oss om det de har på hjertet, og ha en åpen dør slik at hvis det er noen ting de vil ha endret på, har kritiske bemerkninger til, positive ting, så er det rom for det. Jeg skal være tilgjengelig for personalet. Vi tror at vi på den måten fremmer et godt samarbeid og at det kommer pasientene til gode.»

Den siste respondenten, seksjonleder Hanne, representerer et universitetssykehus, som i likhet med de andre respondentene, har gjennomgått store endringer. I likhet med Beate, Camilla og Dina hadde ikke avdelingen nedfelt egen ledelsesfilosofi, men knyttet spørsmålet om ledelsesfilosofi til sykehuset grunnverdier. Et av disse punktene var *respekt*, og lederen sa følgende:

«..hvis man klarer å lede med respekt for nivået du har rundt deg; både over deg, under deg og ved siden av deg, så tror jeg man vinner veldig mye, da speiler det veldig mye av det man gjør.»

Videre hadde Hanne et bevisst forhold til å være deltagende leder som er synlig i avdelingen, og har god dialog med de ansatte. I tillegg var det viktig å delegere oppgaver og ansvarliggjøre de ansatte. Ved god organisering av de ansatte, mente denne lederen at hun bedre så sine ansatte, og kunne delegere og fordele arbeidsoppgaver etter kompetanse. Et viktig verktøy i hennes ledelse var en handlingsplan som ble utarbeidet for hvert år.

Oppsummering:

Hvorvidt ledelsesfilosofi er definert på de ulike avdelingene disse respondentene representerer er variabelt. Men felles for alle, er at de selv som sykepleieledere har både gjort seg tanker om, og har et bevisst forhold til å lede etter en filosofi. Hos Beate, Camilla og Dina ligger ledelsesfilosofien implisitt i sykehusets verdigrunnlag, og de bruker dette, sammen med sine egne tanker og holdninger for å utmeisle sin egen ledelsesfilosofi. Oversykepleier Grethe og seksjonleder Hanne er samarbeidsorientert i den forstand at de bruker begreper som henholdsvis «vår» og «nivået rundt deg» når de skal beskrive ledelsesfilosofi. Vinklingene i

ledelsesfilosofien til de ulike lederne er forskjellig, det brukes begreper som nærværende og tilgjengelig, samarbeid og kommunikasjon, se personalet og selv være synlig, samt vise respekt. Sammenfattet kan vi si at alle sykepleielederne er opptatt av å ha fokus på sine ansatte, tilrettelegge for at disse skal gjøre en god jobb. Dette er i tråd med helsepersonellovens § 16, der det nettopp står om tilrettelegging.

Dina's utsagn er en passende avrunding:

«Jeg skal tenke på det indre livet her på avdelingen, det handler om å legge til rette slik at personalet skal gjøre den beste jobben de kan for pasientene.»

4.2.3 Beskrivelse av nåværende arbeidsoppgaver

De 8 respondentene representerer et ledernivå fra avdelingssykepleier til oversykepleier og seksjonsleder. De har dermed noe ulik utøvelse av lederrollen sin, samtidig som vi ser at det er flytende overganger. Eva uttrykte for eksempel at hennes stilling som avdelingssykepleier «rommer mye», den var nærmest å regne som en tidligere oversykepleierfunksjon. Felles for alle respondentene, var hektiske arbeidsdager med mange og varierte arbeidsoppgaver.

Selv om avdelingssykepleiere og oversykepleiere leder på hvert sitt nivå, (seksjonslederen Hanne vil heretter settes i samme kategori som oversykepleier Grethe, da de representerer tilnærmet likt forvaltningsnivå) vil det være glidende overganger i noen tilfeller. Dette avhenger av arbeidsoppgavene til avdelingen. Eva, som er avdelingssykepleier på en stor enhet på et universitetssykehus, sier at «stillingen min rommer mye, nesten som det som tidligere var i oversykepleiestillingen». De glidende overgangene kommer mest til syne i det som har med direkte personalansvar å gjøre, som for eksempel i forbindelse med ansettelser, noen av avdelingssykepleierne gjør intervjuer med nyansatte uten at lederen av enheten er tilstede, men begge oversykepleierne, Grethe og Hanne sto for ansettelser på sine enheter.

«...jeg har alle ansettelser, jeg gjør alle intervjuer, jeg sjekker alle referanser.» «...det er jo en veldig ålreit oppgave å ansette folk.» (Grethe)

Avdelingssykepleierne er det som en av oversykepleierne kaller «flygeleder».

«Jeg har jo ikke det daglige driftsansvaret, jeg er ikke flygelederen. Det er det avdelingssykepleieren som er.... (Hanne)

De kan også kalles «krumtapene» i avdelingen, da de har ansvar for koordinering av drift og kompetanse, altså at ressursene som personalet utgjør, fordeles på en hensiktsmessig måte. Anne og Camilla kaller dette: «*Rett sykepleier til rett pasient.*» «*Rett person på rett plass til rett tid.*» (Jfr. Stubberud 1999) Når det gjelder personalforvaltning, er også samtaler med de ansatte en del av arbeidsoppgavene, så som medarbeidersamtaler og samtaler ved sykdom, det som er pålagt dem i forbindelse med IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv-avtale). Samtaler kan være tidkrevende, men er nødvendig for å skaffe seg et overblikk over avdelingens ansatte, og derigjennom kunne bruke ressursene fornuftig. (Jakobsen 2005:119-120)

I kapittel 2.4, der det stilles spørsmål om sykepleiefaglig ledelse er forskjellig fra annen ledelse, siteres Elisabeth Holter på det todelte ansvaret sykepleieledere har; både det totale driftsansvaret og for kvaliteten i sykepleien. Eller drifts- og fagansvar som denne oppgaven retter fokus mot. Over nevnes det koordinering, i dette inngår det nødvendigvis også delegering, å «utføre ting gjennom andre» slik Camilla definerer ledelse. Å ha et slikt ansvar; drifte gjennom koordinering og delegering, innebærer at sykepleielederne må ta beslutninger. Beate beskriver dette på følgende måte:

«Selv om jeg vil være en delegerende leder, så må man ta masse beslutninger hele tiden, og man må stå for upopulære beslutninger.»

Å treffe upopulære avgjørelser er en leders lodd. Særlig når ressursene er knappe i forhold til oppgavene som skal løses, kan avgjørelser oppfattes som urettferdige. Selv om man har definerte målsettinger for driften og verktøyet er kjent, kan det være problemfylt å forene ressurser og mål. Dette er en del av hverdagen til sykepleieledere på akuttavdelinger (se drøftingen), og noe av det Selznick kaller *rutinemessige beslutninger*» (Selznick 1997:101)

Avdelingslederne skal, på samme måte som oversykepleierne tenke i store linjer. Eva sier:

«Det er de store linjene på en måte som skal koordineres, det er.. nye forslag fra ledelsen som skal iverksettes ganske ofte. Så kommer det en ny divisjonsdirektør. Så da er det noe nytt som skal inn. Så da blir det å se på hvordan man kan implementere dette, og hva er forsvarlig. Og det er klart at slikt også tar mye tid.»

Tidkrevende er det også å forholde seg til pålagte oppgaver, som både Anne, Beate, Camilla og Dina, som tilhører samme helseregion uttrykker. Disse fire har samme

Personaladministrative datasystem. Beate opplever det som om hun har blitt filialbestyrer av et personalkontor: «*En blir på en måte et lite personalkontor på hver avdeling.*» Dette er hva jeg tidligere har omtalt som delegerte ansvarsområder, jfr, kap.2.6. Avdelingssykepleierne har altså i følge dem jeg har intervjuet, fått flere oppgaver, og tildels andre oppgaver. De får også i denne sammenheng andre betegnelser. En ting er at noen sykehus har valgt å bort «sykepleier» i navnet, vi ser for eksempel at Anne kalles «enhetsleder», (hvilket i denne sammenheng er helt analogt med avdelingssykepleier). Noe annet er at avdelingssykepleierfunksjonen rommer flere ting en tidligere. Camilla har en god beskrivelse av dette:

«Mye av mitt arbeid blir dessverre mer og mer dreid mot PC'en.. og når jeg logger meg inn, så spretter det opp: saksbehandler, personalsekretær, avdelingssykepleier, spesialsykepleier.»

Å bruke mye tid ved PC'en, er nødvendig for å forvalte arbeidsoppgavene, og ha flyt i arbeidet. Angående flyt, er *informasjonflyt* også et begrep respondentene nevner. Dette gjelder både i forhold til personalet, pasienter og pårørende. Dokumentasjonsplikt og rapportføring er også en del av avdelingssykepleierens oppgaver. Herunder kommer avvikshåndtering, som er et ledd i kvalitetessystemene på helseforetakene. Alt dette kan oppsummeres gjennom Beate's ord:

«Det er veldig mye å følge med på. En skal ha øyne over alt.»

En avdelingssykepleiers arbeidsoppgaver er altså mangfoldige. I tillegg til det som er nevnt over, har mine respondenter trukket fram det å stimulere til faglig vekst, for eksempel gjennom utviklingssamtaler, kursvirksomhet og tilrettelegging gjennom studietid innbakt i turnus, opprettelse av fagteam og godt samarbeid med fagutviklingssykepleier.

Møter er en del av en vanlig hverdag for avdelingssykepleiere. Dette at mye tid blir brukt på dette, blir for noen et dilemma, da de ønsker å være tilgjengelige og synlige. En av avdelingssykepleierne, Fredrik, som har lang ledererfaring uttrykker seg slik:

«Ja, det er en god del møter, jeg sitter i en del utvalg og komiteer som gjør at veldig mye tid går med der. Hvis det er mulighet for det så prøver jeg å være litt i avdelingen å ta meg av pasienter.»

Dette viser at avdelingssykepleiere skal ha oversikt både drifts- og organisasjonsmessig, og samtidig være med «der det skjer».

Felles for alle avdelingssykepleierne, er opplevelsen av stort fokus på økonomi og budsjett. Denne delen av sykepleierlederfunksjonen har tiltatt, gir alle inntrykk av. Dette aspektet kommer jeg tilbake til under «Endringer i utøvelse av ledelse» i neste kapittel.

Ser vi på oversykepleiernes arbeidsoppgaver, skiller de seg fra avdelingssykepleierenes oppgaver ved at de ikke er direkte involvert i daglig drift. I stedet skal disse lederne ha overordnet ansvar både når det gjelder personalet og i forhold til økonomi. Grethe sier:

«Jeg har det overordnede personalansvaret for alle sammen.»

og

«Jeg har ansvar for at det til enhver tid er de ressursene og den kompetansen som må til på Intensiv.»

Begge disse lederne som er på nivået over avdelingssykepleierne er utdannede intensivsykepleiere ved siden av at de har lederkompetanse. Begge understrekes også hvilken betydning den faglige forståelse har i utøvelse av lederskap på dette nivået. Jeg vil komme nærmere inn på dette elementet i drøftingen i kapittel 5.

I oversykepleierfunksjonen ligger også ansvaret for planlegging og konsekvensberegninger, altså ha et overordnet og mer langsiktig perspektiv. Hanne sier at hun

«... jobber veldig langsiktig, jeg har ansvar for langtidsstrategier.»

Begge lederne uttrykker viktigheten av samarbeid med sine avdelingssykepleiere. Begrepet «spille hverandre gode», som Anne har brukt, gjelder også for oversykepleierne. Skal vi forfølge aforismen fra fotballbanen, kan vi kalle oversykepleierne for «trenerne», mens avdelingssykepleierne er «kaptein på laget». Oversykepleierne ønsker også å være til stede for personalet sitt, og å være støttende for avdelingssykepleierne. Eksempelvis gir det seg uttrykk i Hannes utsagn:

«Jeg er alltid inne i tunge personalsaker. Hvis det er vanskelige ting, hvis noe har gått på tverke eller vi er på kant med loven, eller andre ting som berører en vakt, så er jeg der.»

Oppsummering:

Dette kapittelet forsøker å vise hvor sammensatt en avdelingssykepleiers hverdag kan være. Sammen med seksjonsleder/oversykepleier utgjør disse et team som bør være velsmurt for å drifte en akuttavdeling på en slik måte at både ansatte og pasienter føler seg ivaretatt.

Avdelingssykepleiere og oversykepleiere leder ut i fra hvert sitt nivå, men vi finner overlappende områder, særlig når det gjelder i forhold til personalsaker. Felles for alle, er ansvaret de opplever i forhold til økonomi og utarbeiding av budsjett.

Uttrykket *deliberasjon* er ikke et velkjent begrep blant mine respondenter, med mye av beskrivelsen de gir når det gjelder dialog, kommunikasjon, medbestemmelse og beslutninger, ligger nær opp til definisjonen vi finner hos Eriksen. Jfr kap 2.2.4

Et illustrasjon på å være leder, uttrykker Dina slik:

«Jeg tenker mine ansatte som et bilde jeg maler, at jeg har alle sammen på det bildet, men at jeg må gå to steg tilbake for å klare å se helheten.»

4.2.4 Endringer i utøvelse av lederskap?

Utgangspunktet for denne oppgaven var en spørsmålsstilling i forhold til hvorvidt endringer i helsevesenet i Norge, både med tanke på lovverk og styringssett, hadde innvirkning på sykepleielederes hverdag, da spesielt med tanke på deres daglig situasjon. Den situasjonen som innebærer et ansvar som omhandler *både* drift og fag. Når jeg da spurte respondentene om endringer i utøvelse av lederskap, hadde vi allerede snakket om nå-situasjonen, hva arbeidsoppgavene deres besto i. Alle respondentene har «fartstid» fra helsevesenet som sykepleiere som er mer enn ti år, slik at alle har en historie bak seg. Dog har ikke alle vært ledere i ti år eller mer. Svarene på dette spørsmålet var ikke ensartet, innfallsvinkel og betoning av hvorvidt helsereformen for eksempel, hadde noen betydning på ledelse i hverdagen var ulik. En av respondentene oversykepleier Grethe, fikk en liten a-ha opplevelse underveis i intervjuet, da hun gjennom utdypende spørsmål fra meg allikevel kunne feste opplevelsen av endring til endring av eierstruktur. Dette er hva Kvale snakker om i forbindelse med ledende spørsmål (jfr. kap.3.5). jeg var i denne situasjonen spesielt, takknemlig for akkurat denne meningen fra Kvale, at man antageligvis stiller for lite av ledende spørsmål i intervjusituasjoner. I tillegg var akkurat denne intervjusituasjonen for meg en bekreftelse på at det er nødvendig å kjenne undersøkelsesfeltets historie og terminologi, for å kunne stille spørsmål som utdyper og belyser empirien.

Spørsmålet var altså endring i utøvelse av ledelse i forbindelse med overgang til helseforetak, og samtalen forløp på denne måten:

«.. det har vært endringer av organisasjonsstruktur og det kan kanskje komme av at vi er blitt helseforetak, men vi har ikke merket den store forskjellen. Det er nok mange indre endringer, for å kalle det det, som i større grad har påvirket vår hverdag enn det med helseforetak. En kan jo ha mange meninger om helseforetak, men jobben min har ikke blitt noe endret.... det som har skjedd her på sykehuset, og kanskje også på andre sykehus, er det med intern fakturering.»

Jeg spør hva det betyr, og hun forklarer det ved hjelp av et eksempel, nemlig prising av blodprøver og bestilling av portørtjeneste, og at man må vurdere nøyere enn tidligere bruk av servicefunksjoner. Man blir *«i større grad tvunget til å tenke økonomi.»* Og at bruken av støttefunksjoner som dette, må veies om mot travelhet i avdelingen, pasienttilstand, og om en sykepleier faktisk kan springe selv. Jeg spør da videre om denne endringen, ordningen med intern fakturering kom, før overgangen til helseforetak. Svaret er:

«Den kom sammen med det.»

Jeg følger opp med å spørre om det går an å si at denne endringen var et resultat av eierskaps- eller strukturendring, og at det var kanskje dette de har merket tydeligst «på kroppen». Svaret var:

«Ja, i forhold til helseforetak ja. Fordi det går vel kanskje på en annen tankegang i forhold til å tenke mer bedriftsøkonomisk i forhold til når vi var fylkeskommunale sykehus. Det er bedriftsøkonomien som kom inn som nytt etter at det ble helseforetak.»

Dette var en illustrasjon i forhold til bruk av utdypende og ledende spørsmål. Innholdet i disse utsagnene kommer jeg tilbake til i drøftingskapittelet.

Som nevnt er respondentenes uttrykk for endring forskjellig. Men alle sier noe om at det har vært, og stadig er, en endring i helsevesenet generelt, og da også på akuttavdelinger spesielt. Anne sier det på denne måten:

«Ja, vi merker at det er en endring, fokus har blitt annerledes. Det gjelder både økonomi, det gjelder fag, det gjelder personaloppfølginger, det merker vi er annerledes. Vi er kanskje mer tilnærmet bedrifter i forhold til de tingene. Og det med økonomi for eksempel, vi hadde ikke den oppfølgingen i forhold til hvordan vi brukte pengene, det budsjettet som ble lagt hadde liten betydning i hverdagen. Nå får vi være

med å legge budsjetter, se hvordan vi bruker penger, vi får en ramme som vi skal jobbe ut i fra. Så er det opp til oss hvordan vi vil bruke pengene, og det er en veldig stor endring.

Denne lederen uttrykker at endringene som helsereformen har ført med seg, etter hvert har ført til en positiv måte å drifte og organisere avdelingen på. I startet var fokus på økonomi veldig sterkt, og sparing sto høyt på agendaen. I dag, som den økonomiske oversikten og styringen er bedre, er dette ikke i fokus på samme måte, og personalet blir «spart» for å høre om sparetiltak på personalmøter. Det tar lederteamet seg av. Uttrykt på denne måten:

«De skal slippe, de skal jobbe med faget og jobbe med pasientene. Personalet skal også tenke økonomi, men det skal ikke være hovedtema».

Fokus, og kanskje bevisstheten vedrørende økonomi og økonomistyring har blitt sterkere. Dette er en unison oppfatning fra respondentene. Men de som uttrykker noe om dette, mener det har positive sider ved seg.

«Mye fokus på økonomi til å begynne med, fordi vi var litt nye i det alle sammen (lederteamet)...men vi er blitt tryggere på ledelse av økonomien og hvordan vi skal gjøre det, og vinkler mer på fag nå, og det er noe alle ønsker.» (Beate)

Det er entydig ut i fra materialet fra intervjuene, at alle har merket endring, på godt og vondt. Fredrik som har lang erfaring som leder, sier det slik:

«Det har forandret seg veldig. Det at de har blitt så fokusert på økonomi, det var noe som ikke var så veldig aktuelt når jeg startet, og at de har innsparinger på alle mulige måter. Det blir ganske destruktivt hvis du skal bli veldig fokusert og hele tiden ha det som ledertråd. Men det man kanskje har erfart ved den type tenkning er at hvis man klarer å dokumentere godt for hva man bruker midler til så går det bra...»

Flere nevner at arbeidsoppgavene har blitt annerledes og større etter at helsereformen kom. Det er mer tid som går til dokumentasjon og rapportering, flere krav enn tidligere (Camilla). Dette med stadig nye lokale endringer, også i form av skifting av ledere på avdelingsnivå, og hvordan dette virker inn på arbeidshverdagen, har Eva uttrykt på dette måten:

«.. på den tiden jeg har vært her (fra 2003) har vi vel hatt 3 avdelingssledere og alle har hatt sin mening om hvordan ting skal være, slik at langsiktig tenkning, er noe... som vi må gjøre her hos oss, og vi må prøve å tenke vårt og stå på vårt.»

Med andre ord må avdelingssykepleieren stå for den langsiktige tenkingen og strategien, fordi hun representerer kontinuitet, stabilitet og kunnskap om avdelingen. Samtidig skal hun «turnere» alle nye bestemmelser som blir bestemt på nivå over henne.

Administrasjonsdelen av lederjobben har økt. Dina savner diskusjon omkring endringer.

«Jeg synes det har vært veldig lite diskusjoner om det. Det har ikke vært på agendaen, det som jeg har fått, er at vi skal spare penger.....det har i grunnen ikke vært så store diskusjoner; hva gjør vi; hva gjør du. Det synes jeg mangler i organisasjonen, og det tror jeg kommer av at man ikke har ledelse som agenda.»

Det skal bemerkes at det var denne respondentene som hadde en ledelse over seg som ikke var opptatt av ledelse, fordi de ikke hadde kompetanse, verken formell utdanning eller erfaring i ledelse. På det samme sykehuset sier en annen av avdelingssykepleierne jeg intervjuet (Camilla), at den nye foretaksmodellen blant annet bidrar til å sette fokus på ledelse.

«Jeg synes foretaksmodellen er bra, fordi jeg tror at etter litt tid forstår man at det må satses på lederskap og at ledere må være mennesker som har lyst til å være ledere, har utdanning i forhold til lederskap og som liker mennesker, og ikke minst, som det stilles et resultatkrav til.»

Et positivt resultat av helsereformen går på endret organisering, og mer dreining mot lederteam. Dette er analogt med det som tidligere er beskrevet i Steineutvalgets innstilling. (NOU 1997:2 kap.10:103-104, se også oppgavens kapittel 1.3). Ser vi på figurene i begynnelsen av dette kapittelet, finner vi ulik organisering, også med hensyn til teamoppbygging. Noen har lederteam med seksjons-eller avdelingslederen, der en eller flere avdelingssykepleiere eller enhetsledere er med. Noen har også fagsykepleier med i dette teamet, om ikke alltid, så jevnlig. Der man har oversykepleier, enten i stab eller linje, er disse også med i lederteamet. Noen avdelingssykepleiere har i tillegg laget seg egne team i tillegg til disse lederteamene som er organisatorisk overordnet avdelingsdriften.

Avdelingssykepleierne lager team tilpasset avdelingenes oppgaver og driftsforhold. Beate uttrykker seg slik:

«...etter at helseforetaksmodellen ble innført, ble vi delt inn i klinikker, og klinikkssjefen vår innførte den ledermodellen med drift- og fagteam. Seksjonsoverlegen er ansvarlig, avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier er med..... Så lenge jeg har

vært med på dette, har vi hatt et veldig godt samarbeid med seksjonsoverlegen, legen ser også mer nå, har mer forståelse for hvordan sykepleierne jobber med turnussystemet og hvordan vi har behov for mer bemanning, og vi er mye mer felles om økonomien.»

Camilla sier også noe om hvordan endringer i måten å organisere avdelingen på, blant annet ved hjelp av team, har fungert for de ansatte:

« Når jeg har utviklingssamtaler med de ansatte spør jeg om det er noen uklarheter, og om det er noe de har lyst til å si i forhold til denne teammodellen vi har i ledelsen. Det er det ikke, de er så klare på hvem de skal gå til med de forskjellige tingene at det er rent morsomt! Så det har fungert, og det er veldig bra for meg.»

Jeg har nevnt innledningsvis i dette kapittelet at respondentene representerer sykehus som er ulike med hensyn til størrelse og oppgaver. Organisasjonskartene viser også at strukturene er forskjellig. En av oversykepleierne, Hanne tilhører et sykehus som startet tidlig med organisasjonsendringer. «Tidlig» i denne sammenhengen er begynnelsen av 1990-tallet. Når hun reflekterer over utviklingen fra den tid og fram til i dag, sier hun følgende:

«.. jeg innbiller meg at vi har en mye mer åpen kultur enn det vi hadde, om det er en frukt av at vi omorganiserte tidlig på 90-tallet, det tror jeg ikke. Men jeg tror nok mye mer at det er den moderne tiden, pluss at vi har mye verktøy og at vi har med den dataverdenen vi har. Vi har lagt oss på en åpen kommunikasjonslinje med de ansatte.

(her refereres det videre til referat fra ledermøtet på nettet, viktige dokumenter for avdelingen blir trykket opp og er tilgjengelige for de ansatte, årsoppgjør og rapporter legges ut på nett og annonseres internt på avdelingen). Videre i denne refleksjonen sier hun:

«Jeg opplever vel at måten å lede på i dag gir den ansatte mulighet til mye mer innsikt, men hverdagen er veldig travel og det er tilbakemeldingen fra sykepleierne at det er så liten tid, de får ikke orientert seg nok. Da kan vi se at vi har et gap mellom det vi ønsker å fortelle og det vi faktisk klarer. Så jeg tror nok vi ville klart mye mer, hvis det var mer rom i hverdagen for et daglig samspill med de ansatte.

Jeg spør om fagteamene er en kanal for gjensidig informasjon i denne sammenheng, og hun svarer:

«Ja. det er en kanal inn, og det er en kanal begge veier, slik at det gjør jo også sitt til å rive ned skillelinjene mellom nivåene i avdelingen.»

Oppsummering:

Alle respondentene uttrykker at innføringen av helsereformen med hva det innebærer av strukturendringer på sykehuset, har ført til endringer i måten å lede på. Det er også samstemmighet i at fokus på økonomi er vesentlig sterkere enn før, og at dette har positive sider i form av bedre oversikt og styring av økonomien. I tillegg har sykepleielederne mer innflytelse i den forstand at de er med på å utarbeide sine egne budsjett. Baksiden av medaljen er at fokus på økonomi, og spesielt sparing blir overdimensjonert. Det virker som dette avtar når man får «gått seg til» i ny organisering og utøvelse av lederskap. Men her er det ulikheter i respondentens framstilling, begrunnet i at de lever og virker under ulike rammevilkår både hva gjelder ressurser og organisering. Innføring av helseforetak har altså en god del positive sider ved seg, det viser for eksempel den gode erfaringen med teamledelse som kommer fram.

4.2.5 Hvorfor er du leder?

Dette var det mest personlige spørsmål under intervjusamtalene, og samtlige respondenter fikk et noe reflekterende slør i øynene og ettertenksomt drag i ansiktet når jeg stilte dem dette spørsmålet. Men jeg opplevde ingen som mislikte å bli spurt, tvert i mot, det å kunne få bruke noen minutter på «seg selv» virket det som alle respondentene var komfortable med.

Som vi ser av den demografiske tabellen (figur 1), er det variasjoner både i ledererfaring og lederkompetanse, samt ansvarsområde. Noen har aktivt søkt en lederstilling, andre har «gått gradene» via vikariat til fast lederstilling. Felles for disse sykepleielederne er at de har et bevisst forhold til sin lederrolle og kan uttrykke hvorfor de er og vil være leder. Jeg har i denne delen av intervjusamtalene også trukket inn begrepet «makt», noen av respondentene tok det også fram før jeg hadde rukket å spørre om det. Grunnen til at jeg spurte om makt, hvilket forhold de har til begrepet, og hva det betyr for dem som ledere, er at jeg både tror at bevisstheten av begrepet har en betydning for utøvelse av lederskap.

”Makten ligger hos lederen, og det betyr at hun er ansvarlig for å bruke den på en hensiktsmessig og forsvarlig måte”. (Pfeiffer, kronikk i Sykepleien nr.5/1998),

Lederutøvelse i seg selv innebærer makt, og organisasjonsendringer, slik jeg har satt fokus på i denne oppgaven, kan forskyve maktkonstellasjoner.

Under dette spørsmålet trer noen konturer av sykepleielederen fram. Vi kan også kalle dette sykepleieledernes ulike ”profiler”. Blant de åtte respondentene, finnes tre hovedtyper;

- 1) de som har ”vokst inn i rollen”, gått gradene gjerne fra assisterende leder til leder
- 2) de som bevist har valgt å være leder
- 3) en kombinasjon av de to typene over

Eksempel på den første kategorien ledere, de som har ”arvet” eller vokst inn i funksjonen er først Anne:

«Jeg ønsket å fortsette som avdelingssykepleier fordi jeg ønsker å være med å påvirke, jeg vil være med å utforme avdelingen, jeg trives med å ha den rollen. Skulle ønske jeg kunne bruke mye mer tid på det, men jeg synes det er spennende å være med på å utforme hva vi skal jobbe med, - ja, jeg liker å ha en del kontakter utover avdelingen... Det som nå skjer er at jeg skriver under på en kontrakt for hvilke områder jeg skal ha myndighet på.. Og det å vite at jeg nå får myndigheten og ikke bare utfører oppgaven, det tilfredsstiller meg, kjenne at jeg har ansvar.»

Videre finner vi Beate, som har jobbet som assisterende avdelingssykepleier i tre til fire år, før hun gikk inn i vikariat som avdelingssykepleier:

«Jeg synes jeg har noe å bidra med som leder. Jeg har et positivt menneskesyn, liker å få fram ressurser hos personer, liker å være med å ta beslutninger og være med å påvirke til at vi kan komme i riktig retning, man kan jo være med å påvirke som leder. Jeg liker å være med på å gjøre intensiv til et godt sted å jobbe på.»

Dette utsagnet tyder på at hun har funnet seg til rette, og ønsker å fortsette i lederrollen.

Den neste kategorien ledere jeg finner, er de som har valgt seg lederrollen bevisst, liker posisjonen det gir og er tydelig på det. Slik som for eksempel Camilla:

«Jeg liker å være litt i sentrum, og liker å påvirke, jeg liker å være med på å bestemme ting. Jeg har peiling på en del ting og jeg har sjansen til å være med i det som teller, om du forstår. Jeg ser også at jeg liker å ha makt i det å være leder, i positiv forstand. Jeg synes mennesker er spennende, jeg liker ulikhetene og forskjelligheten i mennesker og se at de fungerer i team... Jeg synes ledelse er morsomt! ...Jeg tenker alltid på det med tillit og dette her med at noen tror på deg og ser opp til deg og synes det er greit å ha deg som leder, og det

kommer ikke av seg selv. Det kommer ikke av at du er leder, du må bevise hvem du er for å få den tilliten.»

Å velge å være leder, betyr også at man har interesse for å være med på utvikling og forandring. ”Sykepleiere som ledere må være proaktive, løsningsorienterte og ha fokus på helheten i tjenesten”, sier NSF i sitt faghefte om ledelse (NSF Faghefte 2005:7) Det å kunne se muligheter i stedet for begrensninger, like å organisere og styre, er nødvendige egenskaper for så vel sykepleieleidere som andre ledere. Eva uttrykker seg slik:

«Jeg har alltid hatt lyst til å tenke at sann skal avdelingen være, dette er bra, dette skal vi jobbe for. Og da liker jeg å ordne og styre litt. Jeg liker å jobbe og snakke med personalet, og jeg har en formening om hvordan intensiv skal være. Jeg ser mange andre ting vi også kan gjøre i fortsettelsen av det (strukturendring), og det synes jeg er gøy å jobbe med.

Å velge seg en kurs i livet, og holde fast ved den, og samtidig beholde entusiasme og engasjement, er det ikke alle ledere som makter. Denne oppgaven dreier seg ikke om ”overlevelseskunst” for ledere, men en av oversykepleierne, med lang fartstid som leder, representerer den kategorien ledere som har gjort ett valg om å bli leder og bli tro ved dette valget. Grethe svare på spørsmålet om hvorfor hun er leder:

«Det er ikke så enkelt å svare på. Jeg tror jeg bestandig har vært leder faktisk, når jeg tenker meg om. Jeg har vært leder i mange år, og det blir ikke noe enklere å være leder, for å si det sånn. Personalet stiller veldig store krav, det har jeg kanskje selv vendt dem til at de kan gjøre. Det er en ulempe ved å ha en åpen dør-filosofi. Jeg synes det har vært veldig utfordrende, synes det er artig å være med å påvirke og fortsatt er det slik at jeg brenner for ting, og jeg sier tydelig fra om ting.»

Dina er den siste i det jeg har kalt kategori 2, de lederne som bevisst har valgt seg leder som funksjon, og har klare formeninger om hvorfor de er ledere. Hun er tydelig på rollen sin, hun er handlingsorientert og har tidligere uttrykt at hun har en situasjonsbestemt ledelsesfilosofi. Hun mener dette om hvorfor hun er leder:

«Fordi jeg synes det er veldig interessant, det er interessant å få ting til gjennom andre og så tilfører de meg også veldig mye og jeg liker den makten det ligger i det å være leder. Å kunne få til ting, til å være med å bestemme ting. Det er det som er det beste ved å være leder, pluss at det er veldig tilfredsstillende når

personalet er fornøyd. Derfor er jeg leder, jeg liker både makten og den konstellasjonen, og jeg tror jeg har noe å gi. Jeg er ikke dyktig på alt, og det jeg ikke er dyktig på prøver jeg å innhente folk som er dyktige på.»

Den siste kategorien, den jeg har kalt kombinasjonen av å vokse inn i en rolle og bevisst fortsette som leder, står Fredrik og Hanne for. Fredrik tenkte ikke i utgangspunktet at det var leder han skulle bli, men 22 års erfaring tilsier at han har hatt en bevisst holdning om å være i ledergjerningen. Han uttrykker seg slik:

«For det første så synes jeg det er veldig utfordrende, og jeg synes det er en glede å jobbe med andre. Jeg kan mene enormt mye om veldig mange ting, men jeg har nødt til å ha gjennomslag for mine ideer hos dem jeg jobber sammen med, og så får vi sammen nå de målene vi setter oss, og så får vi diskutert løsninger.»

Hanne har også lang erfaring som fagperson, hun hadde vel tenkt seg mer et forskerrolle, men så gikk hun ”bakveien” inn i lederrollen, via vikariat, og fant ut at dette var et område hvor hun kunne utrette mye. Hanne uttrykker seg slik:

«Jeg gikk inn i en lederstilling og så at her var det et stort område vi måtte gjøre noe med og ikke minst å fordele ansvaret på en slik måte at fag og drift kan forenes. For det å ha faglige undervisninger hver onsdag kl.13, og 2 stykker kommer fra (arbeidet) det var veldig, veldig dårlig. Det var ingen god måte å være leder på, man oppfyller ikke lovkrav på den måten og man har ikke mulighet til å gå inn på langsiktig planlegging. Man klarer ikke å forbedre, man klarer ikke å satse, da blir det bare ord på papiret. Så når vi omorganiserte avdelingen til team så synes jeg at det ble veldig mye morsommere, da gikk det an å være leder der faglig utvikling blir en viktig del av det å drifte.»

Når et gjaldt spørsmål om hvilket forhold respondenten hadde til begrepet «makt», var svarene ulike. Som vi ser over, er maktbegrepet hos to av sykepleielederne (Camilla og Dina) helt klart og tydelig knyttet til lederrollen. Dette er hos dem en positiv faktor i utøvelse av lederskap. Som en av dem uttrykker:

«Jeg er klar over hvilken makt jeg har og hvordan jeg kan bruke den.» (Dina)

For de resterende 6 respondentene var makt noe de assosierte i første omgang som et negativt ladet begrep.

«Jeg er ikke noe menneske som liker å utøve makt når det er negativt, men man kan ha makt på mange andre måter også», sier en av dem (Anne).

Det er hos disse en slags vegring å bruke begrepet makt, nettopp på grunn av de negative assosiasjonene, ikke bar hos dem selv, men også i et perspektiv utover egen avdeling og sykehus. To av lederne trekker fram profesjonsbegrepet i sammenheng med maktbegrepet (Fredrik og Hanne). Fredrik sier det på denne måten.

«Jeg ser jo på makt som en veldig negativ del når man tenker helsevesen for du ser jo mange som bruker profesjonssyn... og som bruker tittelen sin for å fremme noe, og da er det ofte negativt... de sitter nærmest som konger rundt på sine enheter og bestemmer på en måte som ikke er forenlig med den totale drift av et sykehus.»

Dette kan suppleres med hva Hanne uttalte når det gjelder å bruke sin egne profesjon for å trumfe igjennom saker:

«...som regel kommer det ikke noe godt ut av sånne maktkamper, det kommer mye mer ut av dialog.»

Her er det nærliggende å vise til Eriksen teori om deliberasjon. Se kapittel 2, spesielt underkapittel 2.3.5.

Oversykepleier Grethe utdyper maktbegrepet knyttet til rollen som sykepleieleder slik:

«Makt, da tenker jeg på en person som bestemmer alt, og slik skal det ikke være. Vi lever i et demokrati og da må det være sånn på arbeidsplassen også synes jeg. Makt er et ord som jeg synes er litt vanskelig, fordi når du er leder, så har du makt. Ja, du har makt, men du skal ikke misbruke makten, du skal bruke den på en slik måte at den som blir utsatt for den føler at det er rettferdig, og at det er en riktig måte å gjøre ting på. ... Det er vanskelig med makt, jeg synes ikke det noe godt ord. Jeg synes myndighet er et bedre ord. Det har en bedre klang i mine ører.»

Hanne fikk spørsmålet om forholdet mellom makt og myndighet, men fremholdt at selv om hun har makt (hun er leder på nivået over avdelingssykepleierne), er åpenhet og dialog viktigere. Jeg lar hennes ord være avslutning på dette kapittelet:

«..jeg jobber på en måte så det skal være lett å gå meg i sømmene... jeg jobber veldig mye i dialog med avdelingssykepleiere... jeg sitter jo ikke å avgjør ting alene selv om jeg er over dem i hierarkiet. Det er ikke slik at jeg tar konklusjonen etterpå fordi jeg er sjefen.. Klart vi har makt, men det er ikke makt som skal ligge først, heller det med fellesskapet og at vi jobber mot felles mål. Og som leder er du bare viktig i den grad du har medspillere med deg.»

Oppsummering:

Dette kapittelet handler om lederens syn på seg selv, hvorfor de er ledere og hvilket forhold de har til begrepet makt. Jeg har plassert respondentene inn i tre typer ledere på bakgrunn av deres egne utsagn om hvorfor de er ledere, den første går på å vokse inn i rollen, gjerne via en assisterende funksjon. Dette kan også kalles "arv". Den andre typen ledere, er de som bevisst har valgt seg lederrollen, og blitt værende i den. Den tredje typen, er kombinasjonen av de to første, "arv" og bevissthet. Med respekt å melde for respondentene, er denne vurdering gjort subjektivt av meg, og viser nok heller eksempler på ulike "lederprofiler", enn å fortelle den fulle sannhet om mine åtte respondenter.

4.2.6 Respondentens opplevelse av driftsansvar og fagledelse

Dette spørsmålet kan virke som er en gjentakelse av beskrivelse av nåværende arbeidsoppgaver. Grunnen til at jeg stilte det på denne måten, var å sikre et mulighet for utdypning i forhold til spørsmålsstillingen min:

"I spennet mellom fag og drift...

Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,

- *hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelingene at helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?"*

Gjennom dette spørsmålet kunne respondentene få anledning til å si noe om det jeg hadde som opprinnelig undring: Har de ytre faktorene (som helsereform og lovverk) påvirket hverdagen til sykepleielederne slik at det er vanskelig å leve og virke i spennet mellom fag og drift, eller går det an å ha balanse mellom de to faktorene, slik at man utøver lederskap på en god måte? (Selznick 1997:29ff)

Felles for alle respondentene, er de opplever selv å bruke mer tid på administrative oppgaver enn på fag.

«Jeg bruker vel mer av tiden på driften enn faget og det sier seg selv fordi det (de administrative oppgavene) tar mye tid, men jeg føler jo at jeg får fagbiten i og med at jeg er så mye i avdelingen hver dag.»(Fredrik)

«Det å lede, altså den administrative biten i å lede, den tar veldig stor plass i forhold til selve faget. Men det er jo også på en måte sosialisert inn i.» (Dina)

Selv om alle sier at det går mye tid til administrative gjøremål, er det også noen av respondentene som er tydelige på sammenhengen mellom drift og fag, og som uttrykker dette slik:

«Jeg tenker at faget er en del av min ledelse, jeg er faglig ansvarlig» (Anne)

Han velger å si det på denne måten:

«Når det gjelder fagledelse, så henger det så nøye sammen, fordi når vi ser på hvem skal ha den pasienten og hvem skal ha den og hvilke kompetanse er nødvendig her, da er du nødt til å tenke fag og du er nødt til å tenke kompetanse, slik at driften og faget går i ett. Det nytter ikke å skille det... for hvorfor har vi faget? Jo, det er fordi vi skal ta hånd om driften, at driften krever sånn og sånn kompetanse. Økonomi blir også en del av dette her.»

På direkte spørsmål fra meg om respondenten opplevde at det var balanse mellom drift og fag, at drift og fag så og si gikk «hånd i hånd», kunne 5 av de 8 respondenten bekrefte det (Anne, Eva, Fredrik, Grethe og Hanne). Mens Beate uttrykte noe som kan tyde på at de var på vei dit:

«Fagledelse, vi skulle ønske det alle sammen... vi har begynt å gjøre det mer og mer, snakke mer fag i drifts- og fagteamet.»

Oppsummering:

Jeg hadde nok håpet å få enda mer, og enda tydeligere beskrivelse av forholdet mellom drift og fag under denne sekvensen i intervjusamtalene. Men hovedinntrykket er todelt. For det første opplever alle respondentene at mye av tiden deres går med til forhold som har med drift og administrasjon og gjøre, og noen ønsker de kunne hatt mer faglig fokus. Andre, og de fleste, synes de har en balanse mellom drift og fag, og opplever at det er to elementer som henger sammen. Jeg kommer nærmere tilbake til det forholdet i drøftingsdelen.

4.2.7 Egne visjoner

Både dette punktet og det neste på intervjuguiden ("Annet"), er hva man i kalle åpne spørsmål. I mitt materiale er jo alle spørsmålene åpne, i den grad at jeg ikke har lagt underpunkter som kunne vært ledende eller førende (Jfr. Kap.3). Men med spørsmål om egne visjoner, ønsket jeg å åpne opp for langsiktighet, drømmer, det som sykepleielederne ville strekke seg mot. Samtidig hadde jeg et underliggende ønske om at det kanskje ville dukke opp momenter her som kunne kaste ytterligere lys over min egen undring. Det jeg fant, var at sykepleielederne i hovedtrekk hadde en visjon som var sammensatt av flere elementer. Disse elementene kan i hovedsak samles rundt to hovedemner, nemlig *personalet* og *organisasjons- eller driftsmessige forhold*. Dina var den som hadde en mer entydig visjon, som kan tolkes som et uttrykte savn av kvalifisert ledelse på nivået over seg. Hun uttrykker seg slik:

«Min visjon, mitt ønske, eller det som ville være det optimale for meg som leder, vil være en tydeligere ledelsesfilosofi i avdelingen som jeg kan leve med, så jeg kunne hatt noe å strekke meg etter. Dessuten skulle det vært artig å ha fått brukt andre sider ved meg selv. Videre håper jeg at vi kan skape mer felles mål, og at vi kan snakke mer sammen om hvordan vi skal nå målene, og ikke minst ønsker jeg en tydelig ledelse, veldig tydelig!»

Det er likt ulikt hvordan de øvrige respondentene nevner først i forhold til personellmessige forhold og organisering og drift. Dette kan være tilfeldig, men det kan også være at "det hjertet er fylt av", altså de faktorene som er mest "brennende" på avdelingen, nevnes først. Beates utsagn kan være et eksempel på dette:

«I forhold til visjoner, ønsker jeg at personalgruppen kunne deles i to. Når vi har over 80 ansatte her, er det vanskelig å følge opp personalet på en god måte, alene. Jeg ønsker å bedre ta vare på personalet, se bedre, følge opp med både ressurser og faglige ting til det beste for personalet. Videre ønsker jeg at oversykepleierfunksjonen vil bestå, vi trenger en leder over oss som kan se litt utover, ha overordnet ansvar og oversikt. For min egen del håper jeg på tilbud om mer utdanning, kurs, og ikke minst; veiledning. Å være medlem av et ledernetverk, ville også vært nyttig. Jeg ønsker også at vi skal klare å beholde fokus på faget, for gjør vi det, gir det mer arbeidsglede for alle.»

Videre i denne kategorien kommer Eva, som leder en stor avdeling og er nærmest en oversykepleier i gavnet:

«I forhold til visjon, tenker jeg at det må være deilig den dagen jeg nesten er overflødig. Det betyr at jeg ønsker at vi kan ha ressurser til å kunne ha en levelig turnus hvor vi har mulighet til å gjennomføre livsfasepolitikk. I tillegg ønsker jeg en avdeling med sykepleiere som innehar tilstrekkelig kompetanse, slik at pasientene våre får det de skal ha av behandling og at vi i tillegg kan være 'føre var'. Dessuten vil jeg gjerne at vi beholder og videreutvikler den faglige entusiasmen som finnes på avdelingen.»

I kapittel 2.4 ble Holter referert på sykepleielederens todelte ansvar; det driftsmessige og det kvalitetsmessige i sykepleiefaget (Holter 1995:13). Hun beskriver videre forskjellene på en sykepleieleder og en sykepleier som er i direkte pasientkontakt. Jeg velger å referere Holter videre her, for å vise sammenhengen mellom mine respondenters visjoner, og hva litteraturen sier:

”...en rekke funksjoner (lederfunksjoner, min anmerkning) har direkte innflytelse på hvordan sykepleien kan utføres. Ledelse og organisering av sykepleien og deltakelse i driften av hele institusjonen/enheten, legger forholdene til rette for god, direkte sykepleie til den enkelte pasient. Direkte sykepleie alene har ikke denne muligheten. En sjefssykepleier/oversykepleier kan legge forholdene til rette for god sykepleie til alle pasientene, men en sykepleier kan bare influere på pleien av de pasientene hun daglig tar hånd om.” (Holter 1995:13)

Eller som Brandvold sier det:

”Først når tjenesten er godt organisert, vil det være mulig for den enkelte yrkesutøver å utføre faglig forsvarlig arbeid som er hjemlet i Lov om helsetjenester” (Brandvold i Sykepleien nr.18/2003)

Grethe, som er oversykepleier, er i tråd med denne tankegangen når de uttrykker sine visjoner:

«Visjonen min er at oversykepleierfunksjonen skal bestå, fordi det trengs en som kan 'trekke i trådene' på en så stor avdeling, en som har overblikk og ser hvor det er behov for ressurser, og som i tillegg har sykepleiefaglig kompetanse. For oss som skal over i

'nytt hus', er det viktig å ha en person som kan planlegge og skape en god overgang til det nye.»

Både styrking av personalet og en god organisering, ser Anne og Hanne på som virkemidler for å nå målsettingene for avdelingene. De sier det på denne måten:

«Først og fremst tenker jeg at seksjonens visjoner er overordnet.(seksjonens motto er: «faglig og begeistret»). Noen av visjonene mine er at alle skal ha gjennomført medarbeidersamtale, og ut ifra det, utforme sin egen utviklingsplan. Dessuten ønsker jeg å fortsette med å være nærværende, ha åpen dør og være tilgjengelig. Samtidig skal jeg hjelpe til når det er stort «trøkk» på avdelingen. Videre tenker jeg at en visjon er å spille hverandre gode, for på en slik stor avdeling kan ikke alle være gode på alt. Men jeg skal kjenne personalet så godt at jeg kan utnytte det til alles fordel. I tillegg ønsker jeg å videreutvikle meg selv som en coachende leder. (Anne)

Hanne følger opp med fokus på utforming av målsettinger gjennom det vi kan kalle en verkstedsmodell (jfr. Kapittel 2.2.5) eller deliberasjonsprosess:

«Jeg har en visjon om at vi må klare å lage en målsetting for avdelingen som er konkret slik at vi klarer å leve etter den og være enige om den. Måten å jobbe denne fram på, er at man må lage en slags målsetting helt fra bunnen av, hvor alle er enige om hva som er vårt verdigrunnlag, hvor er vi, hvor vil vi, hva tenker vi på når vi snakker om kvalitet, og helt ned til basistingene vi holder på med. Videre har vi hele tiden kortsiktige mål som å få en god lederstruktur, og å få motiverte ledere. I tillegg er det et viktig område å få til en ny bemanningsplan med flere ansatte og en stab som står i forhold til oppgavene.» (Hanne)

Fredrik, som er avdelingssykepleier forfølger dette perspektivet om å jobbe sammen for å nå mål, og stadig utvikle seg i forhold til å gi hverandre tilbakemeldinger. Han løfter også blikket opp over egen avdeling i sin visjon, og ser på sykehuset han tilhører som en enhet, der alle brikkene er nødvendig for at det skal fungere godt:

«Jeg har veldig mange visjoner, og noe av det viktigste, er å få til et sykehus der man tenker helhetlig, og ikke minst på tvers. Og da mener jeg ikke bare på tvers i forhold til de enkelte spesialiserte avdelingene og sykepleiere og leger med spesialkompetanse, men med alle. For eksempel er portørene en viktig gruppe som

bokstavelig talt er helt nødvendige for å holde hjulene i gang. Du kan si mye om flyt og effektive pasientforløp, men du er avhengig av at pasienter blir trillet dit de skal til rett tid, så ikke apparaturen blir stående uvirksom. Videre er det viktig å gi hverandre tilbakemeldinger, ikke minst når noen har gjort en god jobb. Enda bedre samarbeid ligger i visjonene mine, og alle er like viktige for å få systemet til å fungere.»

Flere har nevnt viktigheten av "å spille hverandre gode", tenke helhet og samarbeid. Uttrykt på en annen måte, kan vi her snakke om et flerfoldig fellesskap, der ulikhetene representerer styrken, når disse får utfolde seg innenfor definerte mål. For å lede utviklingen av mål. Trengs det kompetente ledere. I en amerikansk artikkel påpekes nettopp denne framtidsvisjonen for sykepleiere, og utviklingen fra novise til ekspert og videre til mentorfunksjonen.

"We can create a system that values talent and generosity and that rewards professional commitment. Clinical preceptors and career mentors are key to the growth of the nursing profession". (Dracup m.fl. i "American Journal of Critical Care", 13/2004)

Om ikke Camilla kaller seg selv en mentor, er det kanskje forbindelseslinjer mellom hennes utsagn og med det vi finner i den referert amerikanske artikkelen:

«Min visjon har alltid vært: å lede er å få gjort ting gjennom andre. I tillegg har jeg denne filosofien; Hurra for forskjellene! Jeg trives med mangfoldet, og vil fortsette med å sette sammen personalet så det blir en gruppe med ulike styrker som kan utfylle hverandre. Så visjonen min er kort og godt: lede via andre, få fram det beste i de ansatte.»

Oppsummering:

De fleste av sykepleielederne uttrykker i sine visjoner ønsket om å beholde og videreutvikle gode medarbeidere, samt å ha en drift som er forenelig med å få utført de oppgavene man er satt til med hensyn pasientbehandling- og pleie. God ledelse i form av kompetente og motiverte ledere og spesialsykepleiere på alle nivå er en målsetting. I tillegg ønsker lederne selv å være med i utviklingen, videreutvikle sin egen ledelse for å få et best mulig resultat; en velfungerende enhet der ressursene står i stil til oppgavene.

Den oppmerksomme leser vil se at punktet ”Annet”, ikke er presentert her. Grunnen er at det meste som kom fram her, allerede er presentert i de foregående kapitler. Men en liste over momenter fra dette siste punktet i intervjuguiden, finnes under vedlegg.

5. Analyse og drøfting av funn

5.1 Innledning

Utgangspunkt for denne oppgaven var min undring over hvordan det var for ledere på akuttavdelinger, der jeg selv har hatt min yrkesutøvelse i mange år, å leve i spennet mellom fag og drift, *etter* at helsereformen med ny eierstruktur og ny ideologisk tankegang med hensyn til ledelse, nærmest ble innført over natten. Problemstillingen min;

"I spennet mellom fag og drift...

Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,

- *hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelinger at helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?"*

- syntes samtlige respondenter (og andre ledere og ansatte på akuttavdelinger) var svært aktuell og spennende. Under arbeidet med oppgaven, har jeg sett at en formulering som denne:

"I spennet mellom fag og drift..

- *har Helsereformen og lovverket for helsesektoren innvirkning på utøvelse av lederskap for ledere av akuttavdelinger på norske sykehus?"*

-ville vært mer presis i forhold til respondentenes oppfatning av min problemstilling. Jeg brukte da også denne siste formuleringen for å utdype spørsmålsstillingen under intervjuene. Men jeg har valgt å beholde den opprinnelige formuleringen, av den grunn at det var denne som respondentene hadde fått forut for intervjuene, og som de dermed hadde forberedt seg å svare på.

Funnene viser ingen *entydig* sammenheng mellom det at endring av overordnende politiske styringsformer og lovverk gir endrede arbeidsvilkår for utøvelse av lederskap på akuttavdelinger på sykehus. Og «endrede arbeidsforhold» har i denne betydningen både positiv og negativ valør. Men selv om det ikke kan pekes på en direkte sammenheng mellom den endringen helsereformen representerer og endring i sykepleielederes arbeidsforhold, gir respondentene uttrykk for en *annen* arbeidssituasjon enn tidligere. Hvor stor del av disse endringene som har å gjøre med ny eierstruktur og annen økonomisk forvaltningsideologi, er vanskelig å verifisere i en kvalitativ undersøkelse som dette. Hadde det vært gjennomført en bredere kvantitativ undersøkelse bygget på oppgavens problemformulering, kunne man fått en

tydeligere tendens. Men tilleggsfaktorer som virker inn på endring i sykepleielederes arbeidsforhold kan skisseres slik:

- Den generelle samfunnsutviklingen som går på høyere levealder med dermed flere eldre med sammensatt sykehistorie.
- Muligheter for å behandle sykdommer vi ikke tidligere visste var sykdommer, samt behandling av sykdommer som tidligere var uhelbredelige.
- Medisinskteknologisk utvikling generelt.
- Folks generelle høyere bevissthet om rettigheter og krav.

Dette er forhold som, sammen med ny organisasjons- og styringsmodell, virker inn på driften av et sykehus, og dermed sykepleielederes arbeidssituasjon.

På denne bakgrunn har jeg valgt å konsentrere meg om to hovedproblemstillinger fra det empiriske materialet, som bygger på den opprinnelige hypotesen min, nemlig at det *var* et spenningsforhold mellom å være både driftsansvarlig og fagansvarlig leder på en akuttavdeling, og at denne spenningen muligens var forsterket etter innføring av helsereformen, og ny form for eierskap. Videre hvordan lederne mestrer sin egen hverdag, hvilken bevissthet de har om det å lede, og hvilke redskaper de bruker for å utøve ledelse. Jeg vil i det følgende konsentrere meg om to forhold:

- ***Hvordan oppleves det for ledere på akuttavdelinger å ha både driftsansvar og fagansvar i deres nåværende arbeidssituasjon?***

og

- ***Hvilken ledelsesfilosofi og hvilke verktøy brukes i utøvelse av lederskap?***

Med disse to spørsmålsformuleringene søker jeg å svare på min opprinnelige hypotese om at helsereformen og lovverket for helsesektoren, med spesielt fokus på spesialisthelsetjenesten, har bidratt til at sykepleieledere lever i et spenn mellom driftsansvar og fagansvar, der faget må vike på bekostning av driftsansvaret. Med «nåværende arbeidssituasjon» menes situasjonen etter innføring av helsereformen.

Disse to spørsmålene kan betraktes som en beskrivelse av to ulike forhold når det gjelder ledelse, nemlig den *strukturelle* siden (første spørsmålsstilling) og den *filosofiske* siden. For å

utøve godt lederskap, bør man besitte begge. Selznick hevder at godt lederskap kjennetegnes ved at lederen forstår organisasjonens struktur, og kan definere målsetninger for virksomheten ut i fra dette, samtidig som det er helt nødvendig for utøvelse av godt lederskap å søke personlig innsikt, «kjenne seg selv» (Selznick 1997:31-32). I denne sammenheng knyttes altså dette opp mot et spørsmål vedrørende strukturelle forhold ved ledelse, drift i forhold til fag, og den filosofiske siden ved ledelse, hvordan lederne tenker om sin egen utøvelse av lederskap, og hvilke verktøy de bruker i denne forbindelse.

5.2 Opplevelsen av driftsansvar og fagansvar

I utgangspunktet har jeg betraktet disse to forholdene, drift og fag, som motsatser, der sykepleielederne befant seg et sted i mellom. Vi kan sammenholde dette med hva Eriksen kaller den *pragmatiske dimensjon*, utførelse av oppgaver som krever kunnskap, der man må ha en rasjonalistisk logikk og plan for å løse oppgavene. På den andre siden har man den *etiske dimensjon*, som sykepleiefaget i stor grad hviler på. (Faget er også i vesentlig del kunnskapsbasert). Jfr. Kap.2.3.4 og Eriksen s.27. Praktiske gjøremål må, særlig i situasjoner der vi har med mennesker å gjøre, ledsages av verdier. På denne måten kan vi beskrive drift og fag som to dimensjoner svarende til pragmatikk og etikk. Videre i dette kapittelet vil jeg diskutere hvorvidt materialet som ligger i sykepleieledernes fortellinger kan kaste lys over dette. Altså hvordan den strukturelle siden i problemformuleringen min kan bli besvart på bakgrunn av empiri og teori.

Å leve i et spenn, innebærer at man trenger en viss porsjon balanse. Respondentene ga tilbakemelding på dette med balanse og spenn. For noen var opplevelsen av balanse helt til stede, dette hadde sammenheng med at endringsfasen var kommet over i virksom fase, der økonomien var på plass, driftsforholdene avklart og arbeidsoppgaver og ansvarsforhold var definert og fordelt i lederteamet. Anne's historie er eksempel på dette. Man hadde begynt å se framover, tenke langsiktig. Dina brukte begrepet «sosialisert inn i», når det gjaldt forholdet mellom drift og fag. Selv om mer av tiden gikk til drift enn faglige aktiviteter, var det er tilstand som ikke ble opplevd som problematisk, fordi lederen hadde «vokst inn i» og levde med i forandringene. Oversykepleier Grethe hevdet at det var umulig å skille drift og fag, det var to størrelser som var gjensidig avhengig av hverandre. «For hvorfor har vi faget?», spør Grethe, og gir svaret: «fordi vi skal ta hånd om driften». Altså må man inneha en faglig

kompetanse, i denne sammenheng en spesialkompetanse innen intensiv -eller anestesisykepleie, for å kunne gjøre de riktige vurderingene i forhold til å styre driften, slik at man oppfyller kravene i lovverket (Lov om Specialisthelsetjenesten kapittel 3: "Særlige plikter og ansvar")

I kapittel 2.7 har jeg satt opp tre underhypoteser i forhold til hovedhypotesen min. Hypotese III lyder:

«Utøvelse av sykepleiefaglig ledelse på akuttavdelinger, fordrer ledere som mestrer å leve i et kompromiss mellom fagledelse og driftsledelse, og som tåler at den driftsmessige siden av ledergjerningen tar større plass enn den faglige.»

I utgangspunktet hevdet jeg at helsereformen og lovverket for helsesektoren, bidro til at sykepleielederne opplevde at de befant seg i et spenn mellom drift og fag, og at faget ble «den tapende part» i dette bildet. For i det hele tatt å kunne utøve ledelse i dette scenarioet, mente jeg altså at det var nødvendig med ledere som hadde en mestringsevne til å leve i dette spennet. Å være i et spenn, kan dermed forstås som å leve i en *spenning*.

Spenning er et begrep, som vil oppfattes forskjellig, avhengig av personlige forhold og hvilken kontekst man befinner seg i. Her vil vi også kunne ha en pluss- og minusskala, og definisjonen av hva som er pluss og minus vil avhenge av den som definerer dette. I en sykehusverden opplever man daglig spenningsforhold, på godt og vondt. Avdelingssykepleier Beate uttrykker at forholdet mellom drift og fag av og til kan komme på kollisjonskurs, det blir vanskelig å håndheve arbeidsmiljøloven når man får sykdom i personalgruppa kombinert med mange dårlige pasienter. Oversykepleier Hanne, nevnte at en av hennes oppgaver nettopp var å være der i slike «spenningssituasjoner»: «hvis det er vanskelige ting, hvis noe er gått på tverke eller vi er på kant med loven». Når jeg har brukt begrep som «kompromiss» og «spenning», kan dette, i den utstrekning materialet tillater, stadfestes er en reell situasjon som sykepleielederne befinner seg i.

I funnene har jeg beskrevet at alle sykepleielederne i en eller form beskriver at det i «nåværende situasjon» er større fokus på økonomi og administrasjon, oppgavene innenfor dette feltet har blitt flere. Mye også som et resultat av at myndighetsområdene innenfor personalforvaltning er blitt desentralisert ut på klinikk- og avdelings/enhetsnivå. Oppgave- og ansvarsfordelingen har gått fra prinsippene i hierarkimodellen over til profesjonsmodellen, og

i noen grad over til verkstedmodell (jfr. Kap.2.3.5, figur om modellindikatorer). Som Beate ganske slående bemerker: «en blir på en måte et lite personalkontor på hver avdeling».

I min andre underhypotese framholder jeg:

«Organiseringen av driften på de enkelte sykehusavdelinger og enheter er styrt ut i fra en fordring om budsjettbalanse, og der det er mulig, en inntjeningsgevinst.»

Alle respondentene framholder et sterkere økonomifokus. Disse sykepleielederne som har gitt meg sine historier, forteller om endrede forhold etter innføring av helsereformen. De opplever en dreining over mot bedriftsøkonomisk tankegang, og ser både fordeler og ulemper ved dette. De lever i spennet mellom drift og fag, og takler dette på ulike måter. Jeg finner noen hovedtrekk:

1. For det første gir alle uttrykk for at det var en nødvendighet å bedre den økonomiske oversikten og styringen. Det kan på den ene siden være belastende stadig å få nye krav i forhold til innsparinger, at «belønningen» for å holde et budsjett, er ytterligere kutt neste år, slik Beate forteller. Men totalt sett virker det som om lederne i denne undersøkelsen er mer bekvem med dagens situasjon med å ha økonomi- og budsjettansvar, og dermed ha styring over egen enhet, enn å bare bruke penger og regne med en «velsignelse» for overskridelser.
2. For det andre uttrykker lederne at når man mestrer den økonomiske siden av lederrollen, frigir man ressurser til faglige sysler og faglig oppmerksomhet. Dette uttrykker både Anne, Beate, Camilla, Grethe og Hanne eksplisitt i intervjuene. Samtidig kommer det også fram at man ikke er i mål når det gjelder ressurser, og kanskje aldri kommer dit? Stadig nye pålegg kommer «ovenfra» (I følge Beate og Eva), og det kan være vanskelig å implementere dem og samtidig holde seg innenfor lovverkets bestemmelser når det gjelder pasientrettigheter og helsepersonellforvaltning.
3. For det tredje er alle sykepleielederne opptatt av hvilket ansvar de har for sine ansatte, og ønsker å tilrettelegge for at disse skal gjøre en så god jobb som mulig. På ulike måter uttrykker de ansvaret og synet på sine medarbeidere; «De har spesialkompetanse og er veldig dyktige», «det er mange ressurser i avdelingen», «det er et personale som er veldig faglig interessert». Oversykepleier Hanne uttrykker dette med ansvar og at

man bare kan lede i samspill med sine ansatte. Avslutningsvis i intervju samtalen sier hun:

«Det er de sykeste pasienten vi jobber med og her vil vi være, det er dette vi kan og dette vi trives med.»

Det er altså en viss variasjon i opplevelsen av å leve i spennet mellom fag og drift. Mitt spørsmål er hvorfor det er slik. Har det med ulike organisasjonsmodeller å gjøre, eller ulike rammefaktorer? I hvor stor grad spiller personlige forhold inn, så som ledererfaring, lederutdanning, motivasjon, alder og egnethet? Eller kan den nye tenkemåten for organisering og styring av sykehus, den såkalte New Public Managementmodellen være nyttig og grei for noen å forholde seg til, men problematisk for andre?

Ny offentlig styring er i følge Eriksen en trussel mot de moralske grunnpilarene velferdsstaten bygger på (Eriksen 2000:21). Men kan det tenkes at Eriksen her undervurderer menneskene i organisasjonen, deres evne til å både tenke og handle moralsk og beholde sin integritet i forhold til etiske grunnverdier? Flere av respondentene uttrykker, at ja, det er mer fokus på økonomi, og vi har fått inn en mer bedriftsøkonomisk styringsstruktur i sykehuset. Men alle er opptatt av å fremme verdier, de viser gjerne til dette når jeg har spurt dem om ledelsesfilosofi. Men for andre igjen, har debatten ikke vært på agendaen, man «sosialiseres» inn i nye strukturer, tilpasser seg. Samtidig etterlyser avdelingssykepleier Dina en debatt om ledelse og organisasjon. Men en av respondentene mine, Fredrik, var tydelig i sin bekymring i forhold til at økonomien skal være ledertråd i all sykehusdrift, og at all virksomhet på et sykehus ikke kan omregnes i tall:

«Det har forandret seg veldig. Det at de har blitt så fokusert på økonomi, det var noe som ikke var så veldig aktuelt når jeg startet, og at de har innsparinger på alle mulige måter. Det blir ganske destruktivt hvis du skal bli veldig fokusert og hele tiden ha det som ledertråd. Men det man kanskje har erfart ved den type tenkning er at hvis man klarer å dokumentere godt for hva man bruker midler til så går det bra...»

Fredrik utdyper dette videre:

«... men det er så enormt mye at du aldri klarer å få dokumentert alt som koster, og da tenker jeg på den enkelte sykepleier og hvor mye tid som brukes til å ta vare på pasienter og pårørende. For hver pasient som kommer inn her, har i hvert fall to pårørende, og i innleggelsessituasjonen er man ganske sårbar, og dermed bruker

sykepleierne masse tid til det å skape trygghet.. Og det ser du aldri i budsjettet eller i andre måter å få penger på. Men det er da viktig å få brakt det budskapet til de som sitter "over", at faktisk så bruker sykepleiere masse tid på ting som ikke er inntektsgivende!»

Dette sammenfaller med min hypotese II, som nettopp dreide seg om at budsjettbalanse og inntjening var parametre sykepleielederne ble «målt på» i større grad enn hva som var tilfelle før helsereformen ble innført. (Eriksen 2000:157ff, Jakobsen 2005:20-22)

Fredrik er for øvrig et eksempel på en sykepleieleder med lang erfaring som har tilpasset seg en ny styringsform, men bevart sin evne til reflekterende og kritisk tenkning. Både Vike og Eriksen uttrykker bekymring for hva som vil gå tapt ved innføring av ny styringsmodell, mister menneskene i organisasjonen mulighet til å fremme etiske standarder, og til å tenke langsiktig?

«Den endrede ideologien i helsevesenet fra velferdsstatens verdigrunnlag til markedsøkonomiske prinsipper har ført til at helsearbeidere generelt og ledere spesielt må endre sin yrkesutøvelse for å være i harmoni med offentlige forvaltningsprinsipper.»

Dette påsto jeg i min første underhypotese. Jeg mener det er riktig å kunne slå fast at innføring av Helsereform og ny lovgivning for helsevesenet har medført endringer. Spørsmålet blir hva disse endringer består i, og hvilke konsekvenser de får både overfor de som arbeider innen for helsevesenet, og de som benytter seg av helsevesenets tjenester. Er det helsevesen vi opplever i dag en form for «keiserens nye klær», eller det Vike kaller «hierarki i ny tapning»? Kan vi kalle Steineutvalgets innstilling en forpostering for den statlige forsterkning av hierarkiet? (Vike 2004:210, se også kapittel 2.1) Eller har vi fortsatt så etisk sterke helsefaglige ledere at denne bekymringen faller på stengrunn? Et eksempel på at man er bevisst i forhold til hvordan man håndterer stadige omskiftninger i organisering og styring, og tilpasser seg det i sin egen hverdag, er uttrykt gjennom hva avdelingssykepleier Eva uttaler. På hennes avdeling hadde man hatt tre nye ledere i løpet av fire år, som alle hadde sine egne meninger når det gjaldt prioriteringer. Hennes oppsummering ble:

«Langsiktig tenkning er noe som vi må ha her hos oss, vi må prøve å tenke vårt, og stå på vårt.»

En annen av avdelingssykepleierne, Anne, sier at det er stor usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver de vil få i framtiden. Derfor vil det fortsatt være viktig å ha fokus på høy faglig

kvalitet og kompetanse, samtidig som man må forsette å forvalte de økonomiske midlene man har på en god måte, slik de har gjort i tråd med endringer i styringsstruktur. Med ledere som innehar en slik holdning, kan Eriksens bekymring om at de moralske grunnverdier vi tradisjonelt kjenner fra velferdsstatens ideologi, ikke skal «skylles ut med badevannet», muligens bli gjort til skamme.

Allikevel er utfordringene til stede, når det gjelder å balansere en drift slik at den blir faglig forsvarlig. Jeg har i kapittel 2.5 beskrevet hva som danner særpreget for akuttavdelingene. En vesentlig ting, er det uforutsigbare, at man alltid må være i beredskap, og ikke vet hva en dag kan bringe. «Det er det som er spennende med en akuttavdeling, at det er uforutsigbart», sier Anne. Og lederutfordringene på slike avdelinger blir tydelige når bemanningen ikke «går opp» på grunn av at flere alvorlig syke kommer inn samtidig med at man får sykdom hos personalet, slik Beate refererer til. Oversykepleier Grethe beskrev et dilemma som omhandler drift, fag og bedriftsøkonomiske prinsipper. En ny ting på foretaket var at lederne skulle skrive under på en lederavtale. Denne lederavtalen beskriver hva lederen skal oppfylle, blant annet går dette på å overholde en budsjettbalanse. Men en intensivavdeling kan ikke bemannes for «lavdrift», man må bemanne for høy aktivitet i henhold til beredskap og lovgivning. (jfr. NSFLIS 1997:SPLINT-rapport) Hun sier at hun i spesielle tilfeller må leie inn så mange sykepleiere at det går med underskudd lønnsmessig. Spørsmålet hun stiller på bakgrunn av en slik situasjon er forståelig: «har jeg da skrevet under på min egen oppsigelse?»

Dette er kanskje hva en annen av respondentene kaller at arbeidsmiljøet har blitt hardere.

På den annen side kan man se på hvilke forhold som har endret seg i lederrollen for sykepleieledere på akuttavdelinger, og om dette virker inn på arbeidsforholdene. Fra midten av 1990-tallet og utover, var det også en utvikling av sykepleiefaget, som blant annet ga seg utslag i at høyspesialiserte avdelinger som for eksempel en intensivavdeling, så behovet for egne fagsykepleiere. Ofte har den assisterende avdelingssykepleierfunksjonen fått oppgaver som har vært definert som «fagutvikling», mens en del avdelinger har opprettet rene stillinger for fagutvikling. Ved denne strukturendringen innad på avdelingen, har man dermed fått en forskyvning, eller annen arbeidsfordeling når det gjelder sykepleielederens oppgaver. Det har blitt en dreining mer mot driftsmessige forhold, siden «andre» (fagutviklingssykepleierne) har

tatt seg av faget. Dette beskriver også en del av respondentene i første spørsmål på intervjuguiden som omhandlet organisatoriske forhold.

Så kan man jo spørre om noen velger å være ledere fordi de er mer bekvemme med den delen av ledelse som går på det rent administrative og driftsmessige. Kanskje har de aldri vært spesielt opptatt av å være «pasientnær», eller jobbe med praktiske sykepleieaktiviteter?

Muligens har de en selvinnsikt der de kjenner sine styrker og svakheter, og vet at de fungerer best i en lederrolle. Noen av sykepleielederne uttrykker at de sykepleiefaglig er forbigått av sine egen ansatte (Anne, Dina og Grethe), men at det heller er lærerikt enn vanskelig når de ansatte kan tilføre dem kunnskap, og at man slik Fredrik sier, at som leder «kan man ikke være flink på alt». Samtidig uttrykker de fleste av sykepleielederne faglig tilfredsstillelse ved å være mest mulig til stede i avdelingen, blant sine egne ansatte. Jeg refererer igjen Fredrik:

«..for i utgangspunktet ble vi jo sykepleiere, man tenkte vel ikke før man valgte yrket, at man skulle bli leder. Sykepleie er et spennende fag og det nytter ikke å sitte på et skrivebord langt unna og være leder. Man må være i nærheten der det skjer. Det virkelige livet»

Dette er en annen måte å beskrive at ledere lever i spennet mellom fag og drift, men at det ikke nødvendigvis trenger å være et spenningsforhold.

5.3 Hvilken ledelsesfilosofi og hvilke verktøy brukes i utøvelse av lederskap?

Med åtte ulike respondenter vil det nødvendigvis også være åtte personligheter som har delt sin historie om sykepleieledelse på akuttavdelinger med meg. Disse menneskene og lederne har ulike tilnærminger til det å lede, ut i fra forskjellig faktorer som beskrevet i demografiske data i figur 3. I tillegg til dette kommer forhold som personlige egenskaper og mennesketyper inn. For å kunne drøfte de ulike ledelsesfilosofiene respondentene bruker i forhold til problemstillingen om å lede og leve i spennet mellom fag og drift, i lys av helselovgivning og foretaksstruktur, finner jeg det hensiktsmessig å presentere en sammenstilling av ledelsesfilosofiene sett i sammenheng med ledelsesteoriene som er beskrevet i første del av denne oppgaven. Siden mange av respondentene fikk et filosofisk drag over seg når det ble spurt om visjoner, vil også noen elementer fra denne delen av empirien bli brakt inn i drøftingen.

Syv av åtte respondenter uttrykker eksplisitt i løpet av intervjusamtalen at de ønsker å være *tilgjengelig* for personalet. Noen betegner dette som en «åpen dør»-politikk, andre tillegger at de ikke bare vil ha en åpen dør, men også være *nærværende*, være «ute der det skjer». Flere vektlegger også at de ønsker å ha en ledelsesform som er preget av *dialog, kommunikasjon og samarbeid*. En av respondentene trekker spesielt fram *respekt* som en verdi i sin ledelsesfilosofi. Videre sier en spesielt noe om å være en *delegerende* leder, en annen benytter seg av *situasjonsbestemt* ledelse. Andre elementer i ledelsesfilosofi som nevnes, er *veiledning* og *coaching*. Dette kan kanskje mer uttrykke en teknikk i personalhåndtering enn en filosofi. Felles for alle sykepleielederne, er ønsket om å *se* sine medarbeidere.

Når man kom til visjoner, ga en avdelingssykepleier Dina sterkt uttrykk for ønske om faktisk å ha en ledelsesfilosofi. Det å ikke ha noe å lede etter, en felles plattform, var et stort savn. Dette finner vi igjen hos Selznick i beskrivelse av mangler ved lederskap (Selznick 1997: 30-31) han fremhever at

«Lederskap er ikke ensbetydende med å utøve et embede eller ha høy prestisje eller myndighet eller å fatte beslutninger.»

Når denne respondenten nærmest lider i mangel på en tydelig ledelse fra lederen over seg, kan det skyldes en form for forsømmelse som Selznick beskriver som at man ikke klarer å forme målsettinger. En ledelsesfilosofi vil være et utgangspunkt for målsetting, og når dette mangler, blir det som denne respondenten betegner det, mulighet til «å herje vilt».

Blant det som kom fram i respondentenes visjoner for øvrig, var samarbeid og det å «spille hverandre gode» sentrale begreper. Videre ønsket om å ta vare på personalet, gi dem utviklingsmuligheter samt å fremelske mangfoldet for å ha gjensidig nytte av hverandres ulike egenskaper. Å beskrive hva som ligger i begrepet «spille hverandre gode» er vanskelig på den måten at man lett kan havne ut i idealistiske beskrivelser som ikke har rot i hverdagsrealismen.

”God leiarskap.. – det dreier seg om å navigere klokt mellom himmelstorm og snusfornuft”. (Aadland 2004:215)

Jeg har tidligere i denne oppgaven framholdt Eriksens kommunikative ledelsesmodell som en hensiktsmessig modell for ledelse på akuttavdelinger på norske sykehus. Spørsmålet er om

denne vil være gjennomførbar i praksis. Jeg har tidligere sagt at «man må være seg bevisst den betydning tidligere ledelsesmodeller har hatt, for å forstå hvorfor det er fornuftig å ha en ledelse som baserer seg på kommunikativ samhandling.» (jfr.kap. 2.2.5). Dette vil jeg nå, på bakgrunn av funnene, utdype nærmere.

Flere av respondentene framhever at de ønsker å ta beslutninger på bakgrunn av samarbeid og diskusjon med de ansatte.

«...jeg sitter jo ikke å avgjør ting alene selv om jeg er over dem i hierarkiet. Det er ikke slik at jeg tar konklusjonen etterpå fordi jeg er sjefen.. Klart vi har makt, men det er ikke makt som skal ligge først, heller det med fellesskapet og at vi jobber mot felles mål. Og som leder er du bare viktig i den grad du har medspillere med deg.»

(Oversykepleier Hanne)

Det har tidligere vært nevnt at i en så kompleks organisasjon som det sykehuset representerer, er det vanskelig å rendyrke en organisasjonsmodell. Vi bærer en historie og tradisjon med oss, som gjør at vi kan kalle organisasjonen «arkeologisk»(se kap.2.7), altså lag på lag med styringsstrukturer og organisasjonsmodeller, eller overgripende modeller innenfor en ramme. Hierarkimodellen, som representerer stram struktur og oppgavefordeling, *er* nødvendig for å få flyt i pasientbehandling. Vi kan sammenlikne dette med et musikkverk, en symfoni, der alle instrumentene har forskjellige oppgaver i orkesteret og spiller ulike toner. Men til sammen utgjør de en helhet som blir til et hørbart produkt. Selv om instrumentene spiller ulikt, forholder de seg alle strengt til et mønster, et rammeverk av takter og symboler, som gir en felles forståelse for hver utøver. På samme måte trenger et sykehus noen rammer, noen «takter og symboler» som gir felles forståelse. Men innenfor dette, kan man ha ulike måter å løse oppgaver på.

5.4 Sammenhengen mellom fag og drift, og lovverkets påvirkning

For å utøve ledelse i spennet mellom fag og drift, trengs det altså rammer. Lov om helseforetak, samt lovene om spesialisthelsetjenesten, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven er slike faste forankringspunkter som alle ledere må forholde seg til. Påvirkningene disse lovene gir den enkelte sykepleieleder i sin daglige utøvelse av ledelse vil

være variabelt. I denne undersøkelsen har de åtte respondentene ulikt forhold til lovverket. Bevisstheten om dette kommer nok ikke tydelig fram, mulig fordi jeg selv ikke var bevisst eller tydelig nok i spørsmålsstillingene. Materialet viser at man kan bruke lovverket aktivt for å argumentere for gjennomføring av prosjekter, slik oversykepleier Hanne har beskrevet, eller gjennom argumentasjonen om personalets rettigheter når det gjelder å få utført sitt arbeid. Dette var et virkemiddel avdelingssykepleier Eva hadde benyttet.

Utgangspunktet for denne oppgaven undringen over hvorvidt helsereform og nytt lovverk virket inn på ledelse på akuttavdelinger. Mer presist formet:

- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelingene at helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?"

Grunnen til at akuttavdelinger spesifikt ble valgt, har jeg gjort rede for innledningsvis. Det kan være på sin plass å stille spørsmål om sykepleieledere på akuttavdelinger har spesielle kjennetegn i forhold til andre ledere, eller om det finnes spesielle mønstre på disse avdelingene som påvirker ledelse på en særskilt måte. Ut i fra materialet, finner jeg ikke andre typiske fellestrekk for sykepleielederne enn at de alle har en videreutdanningen innen spesialfeltet de leder, og at flere av dem, for eksempel Anne og Grethe, gir uttrykk for at det er nødvendig med denne spesialkompetanse for å lede avdelingene på en hensiktsmessig måte. I fagheftet "Sykepleier med lederansvar" som Norsk sykepleierforbund står bak, er sykepleielederens fire ansvarsområder beskrevet, nemlig det *administrative*, det *faglige*, det *juridiske* og det *etiske* ansvaret. Under det faglige ansvarsområdet finner vi følgende:

"Sykepleiere med lederansvar må ta utfordringen og det ansvaret som ligger i å være en rollemodell både i faglige, etiske og kommunikasjonsmessige sammenhenger."

(NSF faghefte 2005:7)

Andre vil kunne hevde at man ikke trenger faglig spesialkompetanse for å være leder på en spesialavdeling, slik respondentenes arbeidsplasser er eksempler på. Dette er en egen debatt, som også i stor grad dreier seg om profesjon, og faller dermed på siden av denne oppgavens tema. Når det gjelder spørsmålet om det finnes særskilte mønstre i arbeidsoppgavene på akuttavdelinger, som har innvirkning på ledelsesutøvelsen, er det *uforutsigbare* (som kan betegnes som det motsatte av et mønster) et typisk kjennetegn ved en akuttavdeling. Jfr. Kapittel 2.5. Noen av respondentene viser at de har sosialisert seg inn i nye

organisasjonsformer, de er fortrolige med ny helsereform og lovverk, selv om det har sine ulemper i form av et sterkt økonomifokus og krav til ”produksjon”. Man kan på bakgrunn av dette tenke at et særpreg ved sykepleieledere på akuttavdelinger, nettopp er denne tilpasningsevnen. Og muligens kan det ha sin årsak i at sykepleiere som er vant til *uforutsigbarhet*, lærer seg å bli tilpasningsdyktige, kanskje i større grad enn sykepleieledere som arbeider på enheter der virksomheten er mer planlagt og forutsigbar enn den man finner på akuttavdelinger. Sykepleiere med videreutdanning innen intensiv og anestesi, lærer seg, helt fra de går på videreutdanning og videre i yrkesutøvelsen sin å *være i beredskap*. Det er dette Stubberud beskriver når han sier at videreutdanningen har ført til at de (intensivsykepleierne) er blitt mindre fastlåst i regler, og videre at de fikk kunnskaper og ferdigheter som gjorde at de ble tryggere, fikk mer ”is i magen”, og det dermed ble mindre tøft å stå i krevende akuttsituasjoner. (Stubberud 1999:86 og 90).

Et annet aspekt i denne sammenheng; helsereformen og lovverkets innvirkning på utøvelse av ledelse, er hva lovverket representerer. Steineutvalgets innstilling ga føringer om en enhetlig ledelse på alle sykehusenhetene. Er dette igjen å stramme ankerfestet inn mot et hierarkisk organisering og styring av helsevesenet på, slik at resultatet av både helsereformen og nytt lovverk i virkeligheten er en forsterkning av hierarkiet? En enhetlig *todelt* ledelse som var praksis før helsereformen ble innført, kan i tillegg til å være et uttrykk for profesjonenes ledelse av egen fagområde (medisin og sykepleie), også representere en styringsdeling mellom en *strukturell* og en *filosofisk* side. Videre er det grunn til å stille spørsmål om den todelte ledelsesmodellen var mer demokratisk, enn den nye enhetlig modellen, der makten er samlet på en hånd, hos klinikk- eller enhetslederen. Eriksen diskuterer dette under begrepene ”tradisjonister” og ”modernister” (Eriksen 2000:21ff), se også kapittel 2.3.

En annet perspektiv på de nye lovene innen helsevesenet og deres innvirkning på ledelse, er problemene som kan oppstå når man skal forvalte dem. Jeg tenker her konkret på Spesialisthelsetjenesteloven og Helseforetaksloven, satt opp mot pasientrettighetsloven. Dersom en pasient retter klage mot helseforetaket, med pasientrettighetsloven ”i ryggen”, rettes altså denne klagen mot staten, i dette tilfelle det aktuelle helseforetak. *Men* staten er også den instans som er forvalter av Pasientrettighetsloven. Det betyr at det som skal forsvare de svakes rettigheter, pasientene også er motparts forsvarer. Kanskje er dette en grunn til at lovverket ikke er spesielt høyt på agendaen i den praktiske hverdagen for ledere på sykehus?

(jfr. Kapittel 4). Og videre kan man spørre om Pasientrettighetsloven er myndighetenes ”alibi”, eller samvittighet for å innføre en helsereform som bygger på markedsideologiske prinsipper?

Utgangspunktet for oppgaven var hypotesen om at ”Helsereformen og lovverket for helsesektoren, med spesielt fokus på spesialisthelsetjenesten, har bidratt til at sykepleieledere lever i et spenn mellom driftsansvar og fagansvar, der faget må vike på bekostning av driftsansvaret”. Hva er så resultatet av det jeg fant da jeg gikk ut og intervjuet de åtte sykepleielederne på akuttavdelingene? Lever de i et spenn der drift og fag ”sloss” om oppmerksomheten?

Selv om alle respondentene uttrykte at oppgaveformuleringen var spennende, fikk jeg ikke direkte indikasjon på at disse lederne befant seg i et spenningsfelt. De formulerte seg annerledes ved å beskrive en opplevelse av økt fokus på økonomi, og økte, eller flere nye og sammensatt arbeidsoppgaver. Så i dette henseende ble ikke hypotesen bekreftet. Men spørsmålsstillingen, oppgavelyden, fant gjenklang i beskrivelsene hver enkelt ga i forhold til at helsereformen, med ny eierskaps- og organisasjonsstruktur, *hadde* innvirkning i deres utøvelse av ledelse.

6. Oppsummering og konklusjon

Samfunnet, og våre liv er hele tida i en forandring, i små og store perspektiver. Innføring av nye helselover og etter hvert også en helt nye helsereform, har satt sine spor i norsk helsevesen. Det var denne erfaringen, samt undringen over hvilke eventuelle konsekvenser dette skapte for sykepleieledere, som var drivkraften bak denne oppgavens opprinnelige idè. Derfor ble spørsmålsstillingen i utgangspunktet formet på denne måten:

"I spennet mellom fag og drift...

Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,

- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelinger at

helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av ledelse?"

Gjennom belysning av ulike ledelsesteorier og ved presentasjon av empirisk materiale, har jeg fått større viten om hvilke forhold sykepleieledere på akuttavdelinger lever under. Min hypotese gikk på at de levde i en spenning mellom fag og drift, og at faget stadig fikk trangere kår i utøvelsen av ledelse. Dette mente jeg hang sammen med innføring av nye helselover generelt og ny helsereform med helseforetak spesielt. Bakgrunnen for denne tesen, var at reformen medførte en helt ny ideologi i norsk helsevesen som var tuftet på markedsøkonomiske prinsipper. Ledelsesmodellen som følger denne ideologien, New Public Management eller Ny Offentlig Styling.

I svarene de åtte respondentene gir meg, finner jeg ingen klar bekreftelse på min hypotese. De fleste av sykepleielederne opplever ikke et spenningsforhold mellom fag og drift. I stedet ser de på fag og drift som to komponenter som er gjensidig nær forbundet med hverandre. Dette kan uttrykkes kort og populistisk som *fag + drift = sant*. I dette ligger at de fleste av sykepleielederne jeg har intervjuet, ser en klar sammenheng mellom å lede både ut i fra driftsmessige og faglige vurderinger. Selv om noen av dem også er tydelige på at de ønsker mer tid til fag. I stedet for å oppleve et spenningsforhold, viser sykepleielederne heller til en balanse mellom drift og fag. Denne balansen er ikke alltid optimal, men den tilstrebes.

Dersom man skal sammenfatte ledernes særtrekk, er det mest framtrædende at alle kan betegnes som støttende eller relasjonelle i sin lederutøvelse. Alle betoner viktigheten av å

oppfylle helsepersonellovens § 16, som beskriver at ledernes oppgave, blant annet, er å tilrettelegge for at de ansatte skal få mulighet til å utføre sitt arbeid.

En sykepleieleder på en akuttavdeling har mange og til dels forskjellige arbeidsoppgaver. For å løse oppgavene bruker de ulike verktøy for å drifte avdelingen hensiktsmessig, og for å nå målsettingene. Begreper som delegering, samarbeid, god kommunikasjon, demokratiske arbeidsprosesser og lede gjennom de ansatte, viser at lederne i denne undersøkelsen som ligger opp til deliberasjonsprinsippet i kommunikativ ledelsesfilosofi.

Et forhold som ikke kom direkte fram under intervjusamtalene, men heller trådte fram da jeg bearbeidet materialet, var alle ledernes evne til å tilpasse seg nye styringsformer, nye organisasjonsstrukturer og nye ansvarsområder. Jeg er av den oppfatning at dette henger sammen med sykepleieres generelle evne til å tilpasse seg ulike situasjoner i forhold til pasienter og pårørende, og spesialsykepleieres særskilte evne til å takle akuttsituasjoner, beholde roen under stress samt utføre sykepleie under høyst skiftende og uforutsigbare forhold.

På bakgrunn av teoretisk tilnærming, empirisk materiale, drøfting og analyse av dette, har jeg i forhold til oppgavens spørsmålsstilling, kommet fram til følgende konklusjon:

«Utøvelse av sykepleiefaglig ledelse på akuttavdelinger, fordrer ledere som mestrer tilpasning til nye styringsformer, samtidig som de bevarer fagets grunnverdier i sitt virke som ledere.»



Litteratur- og referanseliste

- Askeland, Harald (2001) *Organisasjonsfagets utvikling og hovedperspektiver*
Forelesningsnotat, DIALOS, Oslo
- Askeland, Harald (1998) *Ledelse – en referanseramme*
Forelesningsnotat, DIALOS, Oslo
- Askeland, Harald (200?) *Ledere og lederroller* Kapittel 2: «Forskningsdesign»
1998 Oslo
- Aadland, Einar (2004): *Den truverdige leiaren*. Det norske Samlaget, Oslo
- Aadland, Einar (2005) *”Verdiklemma i offentlige ledelse”* Dagbladet Kultur,
23.01.2005
- Aase, Elisabeth Line (1999) *”Fag og ledelse? Hvordan opplever sykepleieledere å
være ledere, hvordan mener de at sykepleietjenesten bør
ledes, og hvilke forutsetninger mener de bør være tilstede
for at lederskap skal utøves?”* Hovedoppgave, Institutt
for Sykepleievitenskap, Oslo
- Aslaug Wiig Berge,
Lars Mathisen og Anders
Skogstad (2002) *Avdelingssykepleieren – fra arbeidsleder til økonom og fag-
ansvarlig?* Tidsskriftet ”Sykepleien” nr. 13/2002, Oslo
- Bolman, Lee G. og Deal,
Terrence E. (1998) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Ad Notam,
Gyldendahl, Oslo
- Ellen Beccer Brandvold
(2003) *Ledelse og organisering: Oversykepleier i en enhetlig ledelses-
modell, Muligheter og utfordringer* Tidsskriftet ”Sykepleien”
nr. 18/2003, Oslo
- Dalen, Monica (2004) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*
Universitetsforlaget, Oslo
- Den norske Lægeforening
(2001) *Standard for intensivmedisin, 2.utgave. Ledelse, ansvar,
organisering og utforming m.m. av intensivavsnitt*
<http://www.legeforeningen.no>
- Error! Bookmark not defined.**Eide, Hilde og Eide, Tom *Kommunikasjon i relasjoner*
(2000) *Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk
Forlag, Oslo
- Eriksen, Erik Oddvar (2000) *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige
organisasjoner*. Fagbokforlaget, Bergen
- Flermoen, Solveig (1999) *Målrattede reformer fører oftest til noe annet*

- Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 14/1999, Oslo
- Fløistad, Guttorm (2004): *Verdibasert ledelse: kultur, etikk og kommunikasjon.*
Artikkel på 31 sider. <http://www.kpf.no>
- Gulbrandsen, Tove og Stubberud, Dag-Gunnar (Red.) (2005) *Intensivsykepleie*
Akribe AS, Oslo
- Habermas, Jurgen (1996) *Between Facts and Norms*
The MIT Press, Cambridge
- Halvorsen, Knut (2002) *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i Samfunnsvitenskapelig metode.* Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- Hellevik, Ottar (1999) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*
Universitetsforlaget, Oslo
- HOD (2001)
(Helse- og omsorgs-departementet) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- HOD (2001) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*
- HOD (2001) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*
- HOD (2002) *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*
- HOD (2006) *Nasjonal Helseplan (2007-2010)*
Særtrykk av St.prp.1 2006- 2007
- Helse Øst RHF (2002) *Intensivkapasitet*
Prosjekt 2002, Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst, <http://www.helse-ost.no>
- Helse Øst RHF (2005) *Langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst, målhorisont 2025*
Versjon 1.0, styremøte 15.06.05 <http://www.helse-ost.no>
- Holter, Elisabeth (1995) *Ledelse og ledere i sykehus, Administrasjon av sengeposter.* Tano AS, Oslo
- Holter, Inger Margrethe (2001) *En utfordring å gjøre faget synlig*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 19/2001, Oslo
- Hovind, Inger Liv (red.) (2002) *Anestesisykepleie*
Akribe AS, Oslo
- Jakobsen, Rita (2005) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse.* Gyldendal Akademiske, Oslo

-
- Jemtland, Steinar R.(2001) *Rekruttering av ledere i helsevesenet*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 9/2001, Oslo
- Lind, Ranveig (2006) *Ledelse av sykepleietjenesten i intensivavdelinger, Faglig forsvarlig drift- og fagutvikling; hvordan ivareta både daglig ad-hoc -virksomhet og målrettet faglig satsning?*
Foredrag på NSFLIS lederseminar sept. 2006, Bodø
- Nakrem, Sigrid (2004) *Ledelse og organisering: Moderniseringens fallgruver*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 6/2004, Oslo
- NOU 1997:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. (Steineutvalget)* Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning, Oslo
- NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?(Hellandsvikutvalget)*
Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning, Oslo
- NSF
(Norsk sykepleierforbund) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*
- NSF (2005)
(Norsk Sykepleierforbund) *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*
NSF's faghefter, Oslo
- NSFLIS (2002)
(Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensiv-sykepleiere) *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*
Vedtatt på NSFLIS's generalforsamling 05.06.02
<http://www.nsflis.no>
- NSFLIS (1998)
(Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensiv-sykepleiere) *Rammeverk for kvalitetsmål i intensivsykepleie*
Vedtatt på NSFLIS's generalforsamling 27.05.98
<http://www.nsflis.no>
- NSFLIS (1997) *SPLINT, sykepleiere i intensivavdelinger*
Prosjektrapport, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av Intensivsykepleiere (NSFLIS), NSF hustrykkeri, Oslo
- Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie (2005) *Helse- Norge i støpeskjeen, søkelys på helsereformen*
Fagbokforlaget, Bergen
- Pfeiffer, Riccarda (1998) *Kronikk: Har du makt, har du ansvar!*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 5/1998, Oslo
- Selznick, Philip (1997) *Lederskap*
Tano Aschehoug, Oslo

-
- Slaatten, Bente (2005) *Åpningstale på konferansen "Fokus på ledelse – Hjertet i helsetjenesten"* 20.10.05
<http://www.sykepleierforbundet.no>
- Slaatten, Bente (2002) *Het ledelse-debatt*
"NSF mener" på hjemmesiden (08.08.02)
<http://www.sykepleierforbundet.no>
- Slaatten, Bente (2002) *Ledelsesdebatten: Legeforeningen snur*
"NSF mener" på hjemmesiden (22.08.02)
<http://www.sykepleierforbundet.no>
- Statens helsetilsyn (1998) *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder*
Utredningsserie 2-98, Oslo
- Sæther, Margrete (1999) *Ulike ledelsesstrukturer gir ulike muligheter*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 15/1999, Oslo
- Sæther, Margrete (2000) *Endringsprosesser i lukkede rom*
Tidsskriftet "Sykepleien" nr. 2/2000, Oslo
- Sørensen, Bjørg Aase (2001) *Et nytt Helse- Norge? En panelstudie fra somatiske sykehus*. Rapport 5/2001 AFI (Arbeidsforskningsinstituttet)
- Taylor, Frederick W. (1911/2005) *Prinsippene for vitenskapelig bedriftsledelse*
Vidarforlaget AS, Oslo
- Vike, Hallvard (2004) *Velferd uten grenser 1, Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe, Oslo
- Weber, Max (1971) *Makt og byråkrati*
Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

VEDLEGG I

SØKNAD OM INTERVJU

Berit Reppesgård
Sommerrovn. 7B
3225 Sandefjord
mail: beri-rep@online.no
mobil: 952 24207

Til

.....

Dato.....

Søknad om å få intervju sykepleiere ledere på akuttavdeling på Helseforetak

I forbindelse med min hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo, teologisk fakultet og Diakonhjemmets høyskolesenter i Oslo, ønsker jeg å intervju ledere på akuttavdelinger. Oppgaven dreier seg om ledelse i lys av dagens helselovgivning, og hvordan det i dette perspektivet er å være leder i spennet mellom driftsansvar og fagledelse.

Jeg er selv utdannet intensivsykepleier fra Ullevål i 1996, og har således lang erfaring innenfor undersøkelsesfeltet, både som ansatt i turnus og som leder. Som leder av NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere fra 2002 til 2006, har jeg stort nettverk, og de fleste av informantene vil være kjente personer for meg.

Studien vil gjennomføres etter kvalitativ metode, altså ved å gjøre individuelle, delvis strukturerte intervju med til sammen 8 ledere fra akuttavdelinger. Jeg håper å få til intervju fra nord til sør når det gjelder helseforetak, slik at ulike virkeligheter når det gjelder helse-Norge kan komme fram.

Jeg ønsker å foreta intervju i siste halvdel av februar. Alle data fra informantene vil behandles konfidensielt, og kun gjennomføres etter informert samtykke fra de aktuelle informantene.

Fra xxxxx ønsker jeg å intervju xxxxxx

Min veileder er professor i ledelse, organisasjon og styring, Harald Askeland, rektor ved Diakonhjemmets høyskolesenter.
Mail: harald.askeland@diakonhjemmet.no eller tlf. 22 45 19 45

Ved spørsmål angående intervjuene, kan enten han eller jeg kontaktes.

Med hilsen

Berit Reppesgård

VEDLEGG II

INFORMERT SAMTYKKE

Hovedfagsoppgave, Helsefag diakoni, Universitet i Oslo, Teologisk fakultet og
Diakonhjemmets høyskolesenter
Berit Reppesgård

I spennet mellom fag og drift...

*Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,
- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelingene at
helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av
faglig forsvarlig ledelse?*

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hvilken opplevelse sykepleieledere på
akuttavdelinger har av å være ansvarlige for drift og fag, etter omlegging av lovverk og
eierstrukturer i dagens helse-Norge.

Jeg er informert skriftlig og muntlig om studien og gjennomføringen av intervjuet. All
informasjon vedrørende meg selv og institusjonen jeg jobber ved, vil bare være kjent for den
ansvarlige for studien, Berit Reppesgård samt hennes veileder Harald Askeland. Ved
publisering av studien, vil alle data være bearbeidede og anonymisert. Konfidensielle
informasjoner forblir taushetsbelagt innefor studien og makuleres et år etter at oppgaven er
godkjent.

Deltakelse i studiet som informant er frivillig, og jeg har anledning til å trekke meg fra
intervjuet, dersom jeg ikke ønsker å delta.

Jeg ønsker å bidra i studien med verdifulle data for utvikling av sykepleiefaget, og spesielt
den dimensjonen som omhandler ledelse.

På denne bakgrunn aksepterer jeg å delta i intervju.

Informant: _____

Dato: _____

Intervjuansvarlig/ hovedfagsstudent:

Berit Reppesgård
Sommerrovn. 7B
3225 Sandefjord

VEDLEGG III

Intervjuguide

Tema for oppgaven:

I spennet mellom fag og drift...

*Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,
- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleieledere på akuttavdelingene at
helsereformens fokus på økonomi og administrasjon innvirker i utøvelsen av
faglig forsvarlig ledelse?*

- ***Demografiske data***

Kjønn

Alder

Yrkeskompetanse

Nåværende ansvarsområde

Ledererfaring, antall år

- ***Organisasjons- og ledelsesmodell på din arbeidsplass***

- ***Ledelsesfilosofi***

- ***Beskrivelse av nåværende arbeidsoppgaver***

- ***Endringer i utøvelse av lederskap?***

- ***Hvorfor er du leder?***

- ***Din opplevelse av driftsansvar og fagledelse***

- ***Egne visjoner***

- ***Annet (et tema du evt. mener er aktuelt i sammenhengen)***

VEDLEGG IV

Annet (tema respondentene fant aktuelle i forhold til problemstilling)

Dette punktet avsluttet intervjusamtalene, det var en siste mulighet for å få ryddet opp i uklarheter, slik at sykepleielederne kunne komme fram med noe de eventuelt hadde på hjerte i forhold til problemstillingen, som ikke var dekket av spørsmålene i intervjuguiden:

- Som leder får man flere oppgaver enn man hadde tidligere
- Usikkerhetsmoment ligger i fremtidig oppgavefordeling mellom sykehusene
- Viktig med fokus på høy faglig kompetanse og god bemanning
- Forvalte ressurser på rett måte
- Sikre at pasienter får rett behandling
- Rekruttering og videreutdanning
- Redusere vaktbelastningen
- Beholde arbeidsgleden!
- Viktig for sykepleieledere å være en tydelig sykepleiefagsjef, når det ikke lenger er ledere høyere opp i systemet som er sykepleiere
- Bedre lederkompetanse vil bedre både effektiviteten og personalets trivsel
- Forankre endringsprosesser hos personalet gjennom en implementeringsprosedyre
- Utvikle kvalitetssikringsverktøy også for personalet
- Sikre et godt helsetilbud også til de som ikke får medias oppmerksomhet, de svake og gamle i samfunnet
- I spennet mellom drift og fag befinner det seg mennesker. Disse menneskene skal ledes, og lederen trenger noen å spille på lag med. En leder på en stor avdeling skal derfor aldri hver alene leder på jobb
- Sykehusstrukturen er mer byråkratisk enn før
- Tilbudet til pasientene og pårørende har blitt dårligere
- Arbeidsmiljøet er blitt hardere
- Klarer man å forenes med oppgavene, klarer man å få nok ressurser, beholder man arbeidsgleden!

VEDLEGG V

Taushetserklæring

Som transskribent for Berit Reppesgård's hovedfagsoppgave våren 2007;

” I spennet mellom drift og fag

Ledelse i lys av dagens helselovgivning og foretaksmodell,
- hvordan og på hvilken måte opplever sykepleiereledere på
akuttavdelingene at helsereformens fokus på økonomi og
administrasjon innvirker i utøvelsen av faglig forsvarlig ledelse?”

er jeg inneforstått med følgende:

- At jeg i gjennom dette skriveoppdraget kan få tilgang til informasjon som ikke må bli kjent for uvedkommende. Dette omfatter blant annet sensitive personopplysninger og informasjon om informantenes arbeidssted.
- Jeg forplikter meg til å bevare taushet om alle opplysninger og forhold jeg får kjennskap til gjennom skrivearbeidet.
- Jeg er klar over at taushetsplikten også gjelder etter at transskripsjonsoppdraget er avsluttet.

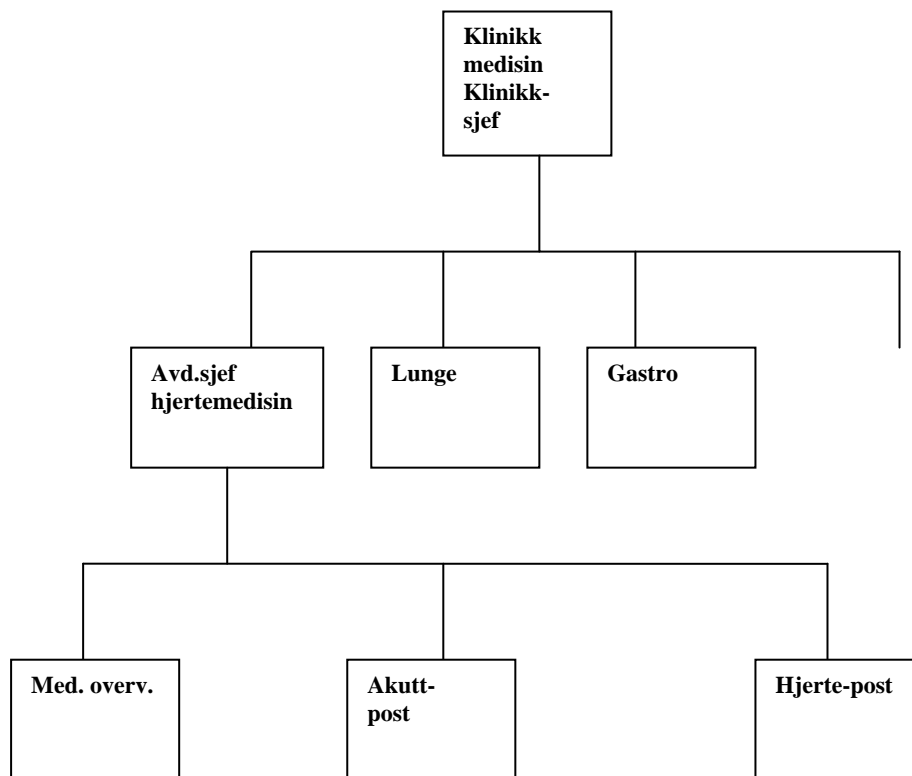
Taushetserklæringen bygger på Helsepersonelloven kapittel 5, § 21 ”Hovedregel om taushetsplikt, og § 25 og 26, ”Opplysninger til samarbeidene personell” og ”Opplysninger til virksomhetens ledelse og administrative systemer”

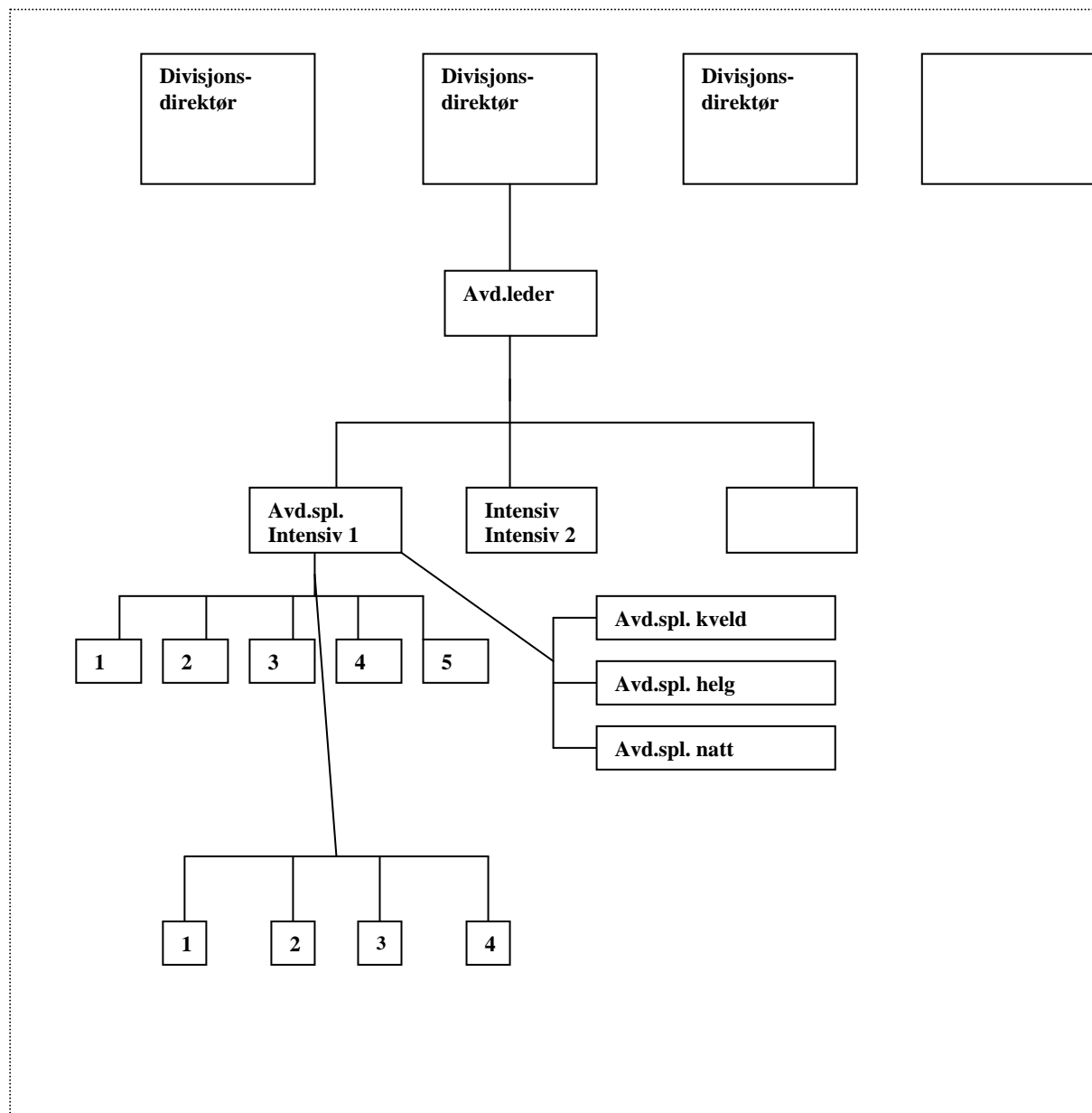
Sted, dato _____

underskrift

VEDLEGG IV

Dina's organisasjonskart



Eva's organisasjonskart

Boksene 1-5 står for Fagteam

Boksene 1-4 står for sykepleiere med spesialoppgaver, for eksempel fagutvikling

Fredrik's organisasjonskart

